

ANAIAS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Revista médica editada mensalmente pelo

SANATÓRIO SÃO LUCAS

Instituição para o progresso da Cirurgia

Director: Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

VOL. LXI

São Paulo, Maio de 1951

N.º 5

Sumário:

	Pág.
Dados de anatomia da vesícula e das vias biliares —	
Dr. MANOEL DE ABREU CAMPANARIO.....	307
Produção Médica de São Paulo:	
Associação Paulista de Medicina:	
Higiene e Medicina Tropical.....	333
Cirurgia.....	336
Outras Sociedades.....	360
Imprensa Médica de São Paulo:	
Sumário dos ultimos numeros.....	353
Vida Médica de São Paulo:	
Sindicato dos Médicos.....	354
Maternidade de São Paulo.....	356
Escola Paulista de Medicina.....	356
Associação Paulista de Medicina.....	357
Congressos Médicos:	
Associação Médica Mundial.....	358
IV Jornada Brasileira de Puericultura e Pediatria....	360
III Congresso Panamericano de Pediatria.....	365
Congresso Internacional de Psiquiatria.....	365
Literatura Médica:	
Separatas e folhetos recebidos.....	366
Livros recebidos.....	370

BRONCHISAN "SILBE"

Comprimidos Anti-Asmáticos

4

agentes anti-espasmódicos com elevada ação:

EFEDRINA

TEOFILINA

BENZILFTALATO DE CALCIO

AMIDOPIRINA

É o medicamento por excelência, pela via *ORAL*, contra a *ASMA* porque

Interrompe os ataques dentro de poucos minutos.

Aborta, sem exceção, os ataques no seu início.

Reduz a susceptibilidade pela desensibilização.

ACONDICIONAMENTO EM VIDRO DE 20 COMPRIMIDOS

LEUKOTROPIN

Fenilcinconinato de hexametilentetramina

REUMATISMOS E ESTADOS INFLAMATORIOS E INFECCIOSOS

ACONDICIONAMENTO EM CAIXAS DE { 2 AMPOLAS DE 10 cm³
5 " " 10 cm³
5 " " 5 cm³

PARA USO INTRAMUSCULAR E ENDOVENOSO

LEUKOSALYL

Fenilcinconinato de hexametilentetramina
Cafeína — Salicilato de sódio

ARTRITE DEFORMANTE — CIÁTICA

ACONDICIONAMENTO EM CAIXA DE 5 AMPOLAS DE 10cc. PARA USO ENDOVENOSO

Fabricante:

Silbe H. O. — Amsterdam — Holanda

Distribuidores:

REMEDIA

CAIXA POSTAL, 3127

SÃO PAULO

VIKASALIL

EM DRÁGEAS ENTERICAS

+++

Anti-Reumatico — Analgésico

+++

Associação de Salicilato de Sódio
com Piramido

+++

EFEITO MAIS RAPIDO.
QUALQUER TIPO DE DÔR.

+++

Fórmula :

Salicilato de Sódio .	0,50
Piramido	0,10
Vitamina K	0,001
Bicarb. de Sódio . .	0,03

+++

LABORATÓRIO PHARMA

Marcello, Massara & Cia.

Rua Tabatinguera, 164 — Fone, 3-7579 — São Paulo

Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia

TABELA DE PREÇOS PARA ANÚNCIOS

CAPA:		Cr\$
2. ^a pagina da capa (12 × 19 cm.)	por vez	1.000,00
3. ^a pagina da capa (12 × 19 cm.)	por vez	900,00
4. ^a pagina da capa (12 × 19 cm.)	por vez	1.200,00
TEXTO:		Cr\$
1 pagina (12 × 19 cm.)	por vez	1.000,00
½ pagina (9 × 12 cm.)	por vez	550,00
¼ pagina (9 × 5,5 cm.)	por vez	300,00
Encarte por vez		1.000,00
Pagina fixa		20 % de aumento.



Princípio anti-tóxico do fígado
(Fracção hidrossolúvel)

ACROSIN.

ANTI-TOXICO
ANTI-NECROTICO
ANTI-INFECCIOSO

LABORATÓRIO CLÍMAX LTDA.

Rua Joaquim Távora, 519 - São Paulo

DR. SYLVIO COSTA BOOCK

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

RUA BRAULIO GOMES, 25 - 4.º ANDAR — FONES: 4-7744 E 8-5445

SULFATO FERROSO ENILA COM VITAMINAS C E B1

ANEMIAS HIPOCROMICAS

DRÁGEAS

Para Adultos:

Sulfato Ferroso 0,20 gr.
Vitamina C 0,05 gr.
Vitamina B1 0,002 gr.
em cada drágea que-
ratinizada.

Para Crianças:

Sulfato Ferroso 0,10 gr.
Vitamina C 0,025 gr.
Vitamina B1 0,001 gr.
por drágea de tamanho
pequeno.



BELPAR

GÔTAS

Codeína (fosfato) 0,02 gr.
Papaverina (cloridrato) 0,005 gr.
Atropina (sulfato) 0,0001 gr.
por 1 cm³

**EFEITO SEDATIVO
ENÉRGICO E RÁPIDO**

DÔRES ESPASMÓDICAS : Espasmos digestivos - Cólicas: hepática, intestinal e renal. Vômitos - Menstruações dolorosas - Dôres e espasmos dos órgãos genito-urinários - Afecções dolorosas ano-retais.

TOSSES ESPASMÓDICAS : Coqueluchoide e asmático, da doenças pulmonares crônicas.

LABORATÓRIOS ENILA S. A. — RUA RIACHUELO, 242 — RIO
FILIAIS : SÃO PAULO — PORTO ALEGRE — BELO HORIZONTE
AGENCIAS OU DEPOSITOS EM TODOS OS ESTADOS

A black, rounded rectangular logo with the word "DRENASE" in white, bold, sans-serif capital letters.

DRENAGEM MÉDICA DAS VIAS BILIARES

"A antissepsia biliar não é possível sinão pelo fluxo da bile" (Fiessinger N.). Para desinfetar é preciso drenar. • "A estase biliar lesa a célula hepática porque a estase se propaga até ela. (Congresso da Insuficiência Hepática. Vichy 1937). • Para impedir a litíase é preciso impedir a estase e a infecção que são, além do fator humoral fundamental, os dois grandes fatores da litíase. • Drenase aplica e respeita estes grandes princípios da terapêutica hepato-biliar.

- Drenase é apresentada sob a forma de granulado solúvel, comportando para 100 partes: 30 partes de citrato de magnésia; 10 partes de peptona; 40 partes de lactoserum, e açúcar.
- O citrato de magnésia possui a mesma ação qualitativa que o sulfato, porém não tem sobre o epitélio intestinal a sua ação irritante.
- Tomar em jejum uma a duas medidas de Drenase, em meio copo d'água morna. Deitar-se em seguida 10 minutos sobre o lado direito, e aguardar meia hora antes da primeira refeição.

- CONGESTÃO HEPÁTICA. LITÍASE HEPATO-BILIAR. ICTERICIA. DISPEPSIAS HEPATO-BILIARES. ALERGIA DIGESTIVA. ENXAQUECAS. URTICÁRIA. EDEMA DE QUINCKE.



LABORATÓRIOS ENILA S. A. — RIO DE JANEIRO

Matriz: Rua Riachuelo, 242 — C. P. 484 — Filial: Rua Marquês de Itá, 202 — S. Paulo



NOVIDADE NA TERAPÊUTICA DA DOR

D O L C S O N A

Sinergia medicamentosa de duas potentes substâncias de ação analgésica e antiespasmódica:

metadona e papaverina

- ★ Alivia a dor sem provocar narcotismo
- ★ Poder analgésico 3 vezes maior que o da morfina e sem os seus inconvenientes
- ★ Ação terapêutica constante e uniforme quer pela profundidade quer pela duração da analgesia
- ★ Não afeta o coração nem a pressão arterial
- ★ Menor depressão respiratória que os opiáceos
- ★ É particularmente aliva nas dores provocadas, mantidas ou exaltadas por espasmos da musculatura lisa.



Ampolas - de 1cm³, em caixas com 5, 25 e 100

Comprimidos - tubos com 10

MEDICAMENTO ENTORPECENTE

VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA

DOLCSONA

Indústrias Químicas Mangual S. A.

DEPARTAMENTO

DON BAXTER

APRESENTA AS NOVAS SOLUÇÕES EM

VACOLITERS



Ácidos Aminados a 6% em Água destilada
Solutos de Glucósio a 5% com Vitaminas B₁, B₂ e PP
Solutos de Glucósio Isotônico com 10% de Alcool
Lactato de Sódio em Solução 1/6 Molar
Solução Fisiológica de Cloreto de Sódio
Glucósio em Solução Isotônica de Cloreto de Sódio a 5% e 10%
Solutos de Glucósio em água destilada a 5% e 10%

Em frasco de 500 e 1000 cm³

Solutos de Lactato de Sódio e Cloreto de Sódio
com Cloreto de Potássio (Solução de Darrow)

Em frasco de 250 cm³

MATERIAL PARA INSTALAÇÃO DE BANCOS DE SANGUE:
TRANSFUSO VAC, PLASMA VAC, CONJUNTOS DE
COLHEITA E ADMINISTRAÇÃO DE SANGUE.
PLASMA HUMANO NORMAL SECO (IRRADIADO)



Indústrias Químicas Mangual S. A.

MATRIZ: Rio de Janeiro — Rua Paulino Fernandes, 53-55 — Tel.: 46-1818
C. Postal 3.705 — End. Electr. "PICOT"

LABORATÓRIOS: Duque de Caxias — Estado do Rio — Rua Campos, 543

FILIAL: São Paulo — Rua Manoel Dutra, 218 — Tel.: 32-9626
End. Electr.: "BAXTER"

ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRETOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Rua Pirapitingui, 114 - Fone, 33-4198 - Caixa Postal, 1574 - São Paulo, Brasil

Assinatura: por 1 ano Cr \$ 100,00 — Numero avulso Cr \$ 10,00

VOL. LXI

MAIO DE 1951

N.º 5

Dados de anatomia da vesícula e das vias bilíares

Dr. Manoel de Abreu Campanário

FISIOLOGIA RADIOLÓGICA

A bile é secretada continuamente pelo fígado numa quantidade que varia de 500 a 1.200 c.c. em 24 horas. Ela pode ser secretada debaixo duma pressão até 250 m.m. de água, exercida dentro da luz coledociana. Contudo, acima de 300 m.m. de água o fluxo biliar estanca (Best e Taylor).

Nas fases interdigestivas, no início da repleção vesicular, a bile vai enchendo aos poucos o colédoco e quando a pressão intracoledociana atinge 50 a 70 m.m. de água, ela começa a fluir para o cístico e para dentro da vesícula. Tal pressão atinge algarrismos bem mais elevados durante as fases restantes da repleção vesicular.

A bile contém elementos de secreção tais como os sais bilíares que, lançados no tubo digestivo irão auxiliar os fenômenos da absorção e da digestão, e contém, também, elementos de excreção, isto é, escórias orgânicas que, por seu intermédio, passam do sangue para o intestino.

A presença de bile no intestino parece ser de necessidade imprescindível para a manutenção da vida (Bollman).

Experimentalmente, cães sem bile no intestino, após oclusão do colédoco, morrem em poucos meses.

A bile apresenta várias e complexas funções. Assim é que ela emulsiona as gorduras, diminui os fenômenos de putrefação

intestinal, auxilia a digestão de proteínas, hidratos de carbono e gorduras, ativa o peristaltismo intestinal e tem ação laxativa.

A bile funciona, por outro lado, como veículo de certos produtos de excreção.

O colesterol, os ácidos biliares, a lecitina são produtos de excreção. Várias substâncias quando introduzidas no organismo são eliminadas através da bile. Neste caso estão muitos corantes, os sais dos metais pesados e várias drogas como a quinina, a nicotina, a atropina, salicilatos, etc.

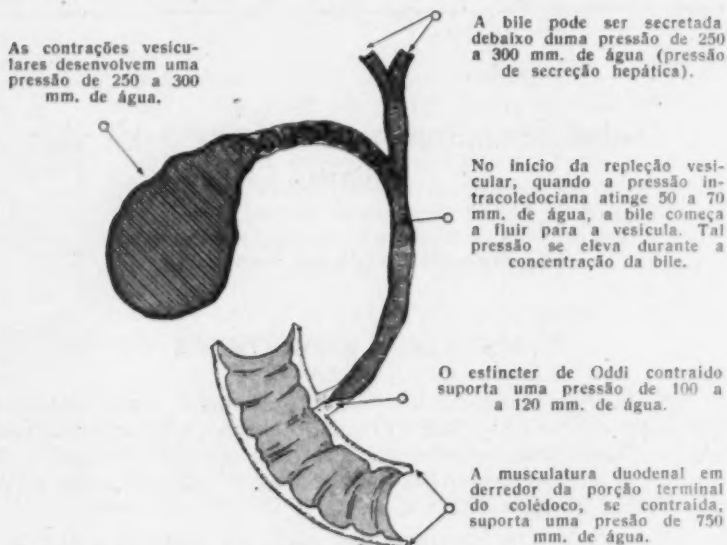


Fig. 6

Esquema sintetizando as variações de pressão dentro da árvore biliar, de acôrdo com as diversas regiões anatômicas. Este esquema favorece a compreensão da hidráulica biliar.

Na propriedade que tem o fígado de excretar, pela bile, a fenolftaleína e os seus compostos, baseia-se a colecistografia.

A bile tem uma outra função importante: estimular a própria secreção biliar.

Quando, durante a ingestão de alimentos gordurosos, a bile é lançada dentro do duodeno, os sais biliares são reabsorvidos pelo intestino, indo, depois, estimular o fígado e, por fim, voltam novamente a fazer parte da bile. É a este mecanismo que se chama *circulação entero-hepática*. O método de administração do tetradiado em doses fracionadas, usado em radiologia, é baseado neste mecanismo.



artrites
reumatismo articular agudo

comprimidos de ácido
salicilicó +

succinato de cálcio

Artrosalil

LABORATÓRIO "Torres,, SÃO PAULO

ARTROSALIL

Comprimidos de ácido salicilsalicílico +
succinato de cálcio.

Dois princípios ativos que se completam:

- 1) Ação específica do salicilato sobre as artrites.
- 2) Ação reguladora do succinato de cálcio sobre o metabolismo intermediário.

"O ácido salicilsalicílico, ao hidrolisar-se no intestino, libera duas moléculas salicílicas, o que lhe dá uma atividade duas vezes maior que a do salicilato de sódio".

New and Non Official Remedies
1948, Lippincot, Philadelphia.



LABORATÓRIO TORRES S. A.
SÃO PAULO

ENCHIMENTO DA VESÍCULA

Nos períodos interdigestivos o esfíncter de Oddi cerra a extremidade duodenal do colédoco. O fluxo biliar, então, impedido de alcançar o intestino, e sob a pressão fornecida pela secreção da bile hepática, é derivado para a vesícula por intermédio do cístico. A parede vesicular vai se distendendo aos poucos (função de distensão elástica).

O fluxo biliar que deriva para a vesícula é auxiliado por contrações do colédoco. A elasticidade da *túnica fibrosa* existente na parede vesicular, principalmente, explica o fenômeno de distensão do colecisto.

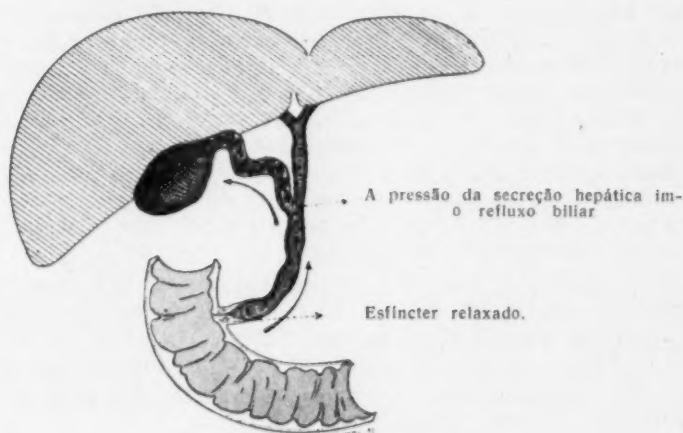


Fig. 7

Esquema do enchimento vesicular.

A vesícula vasia, logo após um período de atividade digestiva, encerra apenas 5 a 8 centímetros cúbicos de bile. Nos períodos interdigestivos ela vai se distendendo gradativamente até alcançar cerca de 50 c.c.

A pressão intracoleodociana durante o enchimento da vesícula é experimentalmente de 100 a 120 m.m. de água (Best e Taylor).

CONCENTRAÇÃO DA BILE

A vesícula, como acentua Bergmann, é um reservatório e um aparelho concentrador.

O fígado secreta bile ininterruptamente, embora seja variável o ritmo quantitativo desta secreção. A secreção aumenta durante a ingestão de alimentos e diminui durante o jejum.

A bile secretada pelo fígado durante o jejum ao envés de fluir para dentro do duodeno, é derivada, como já foi dito, para a vesícula.

A vesícula é, portanto, um armazem de bile durante os espaços interdigestivos.

E' preciso frisar, entretanto, que mesmo em condições normais, pequenas parcelas da *bile C*, nas fases interdigestivas, podem transpôr o esfíncter de Oddi e alcançar o duodeno.

No animal que sofreu a extirpação da vesícula, ou então, no animal que normalmente não possui vesícula, a bile flui diretamente para dentro da luz intestinal à proporção que vai sendo secretada pelo fígado.

O enorme volume de bile secretada pelo fígado não poderia ser armazenado na cavidade vesicular se não houvesse o fenômeno da concentração. Este fenômeno se processa do seguinte modo: A mucosa vesicular tem a propriedade de ir absorvendo, sobretudo, a água da bile hepática à proporção que esta vai sendo armazenada no colecisto. A absorção da água pela mucosa é, em parte, auxiliada por contrações moderadas da vesícula, que visam agitar e misturar a bile. Não se deve fazer confusão das contrações que acabamos de descrever com as contrações de descarga da vesícula biliar. As primeiras não têm relação alguma com o esvaziamento do colecisto.

Experiências em cães demonstram que tal fenômeno de concentração pode reduzir o primitivo volume da bile hepática a um volume de 4 a 10 vezes menor (Bollman).

A absorção de pigmentos e sais biliares pela vesícula é diminuta. E', entretanto, provável que o cálcio seja também absorvido pela mucosa vesicular (Bollman).

Em vista do fenômeno de concentração a vesícula parece capaz de armazenar quasi tôda a quantidade de bile secretada em 2 dias.

O empiema, a hidropsia, os processos inflamatórios da vesícula diminuem ou eliminam a função de concentração. Por outro lado, em certos casos de papiloma em que a mucosa vesicular se acha hipertrofiada, a concentração fica aumentada.

Algumas drogas solúveis e certos corantes podem ser absorvidos pela mucosa vesicular.

A absorção da fenoftaleína e seus compostos pela mucosa vesicular, no entanto, é praticamente nula.

Neste fato, em grande parte, se fundamenta a colecistografia. Quando se administra o contraste em um indivíduo que irá submeter-se a exame radiológico, o teor de tetraiodofenolftaleína na bile hepática é apenas de 0,02%, enquanto na bile vesicular atinge 0,14%, o que torna possível o colecistograma, pois em vista da concentração biliar o colecisto será visível aos raios X.

NAS EXCITAÇÕES
NERVOSAS



Eccantol

NEURO-SEDATIVO
ANTI-ESPASMÓDICO
ANTI-CONVULSIVANTE



MEDICAMENTOS ALOPATICOS NACIONAIS S/A.
Rua Ruy Barbosa, 377 - Tel. 3-3426

NOVOS PRODUTOS GLAXO

SECLOPEN

PENICILINA GLAXO PROCAÍNICA

Frasco contendo:

300.000 Unidades Penicilina G Procaínica
100.000 " " " Sódica Cristalina
(Também em frascos com 5 doses)

**PARA APLICAÇÃO AQUOSA, PRODUZINDO ALTO
NÍVEL INICIAL E PROLONGADA AÇÃO**

Vitamina B12 Glaxo

Caixa com 6 ampolas de 1 cc., contendo
20 microgramas por cc.

**TRATAMENTO DAS ANEMIAS PERNICIOSAS E
MACROCÍTICA, SPRUE E ANEMIA DA GRAVIDEZ**

Representantes gerais para o Brasil:

LABORATÓRIOS GLAXO (BRASIL) S. A.

CAIXAS POSTAIS:

RIO DE JANEIRO 2755	SÃO PAULO 3757
PORTO ALEGRE 1297	CURITIBA 593
BAHIA 887	RECIFE 1080

Admitindo, por exemplo, um período de tempo de 12 horas compreendido entre o momento da administração do contraste e o momento da primeira chapa radiográfica, admitindo também que durante estas 12 horas o fígado secretado 400 c.c. de bile (em 24 horas ele secreta em média 800 c.c.), e supondo ainda que a concentração tenha reduzido 8 vezes o volume da bile, chegaremos, então, à conclusão de que toda a bile caberá na vesícula, pois $400 \div 8 = 50$, já sabemos que a capacidade do colecisto é de 50 c.c.

ESVASIAMENTO DA VESÍCULA

Está provado que a vesícula se esvasia por meio da contração de suas fibras musculares que, como se sabe, se dispõem em feixes cruzados, formando um verdadeiro sistema de malhas nas paredes do órgão. A vesícula se descarrega por meio de contrações regularmente concêntricas.

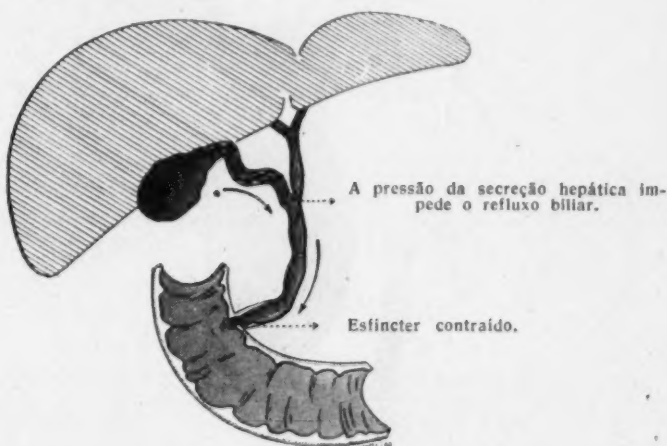


Fig. 8

Esquema do esvasiamento vesicular.

A contração do colecisto, o relaxamento do esfíncter de Oddi, a queda da pressão intracoledociana, a diminuição do tonus na parede duodenal onde desemboca o colédoco, são fenômenos simultâneos durante a descarga biliar no tubo digestivo.

A presença de alimentos gordurosos no duodeno provoca a formação de um hormônio chamado *colecistocinina*, que lançado no sangue irá estimular as contrações vesiculares. Este hormônio pode ser extraído da mucosa da porção superior do tracto intestinal. Quando injetado endovenosamente é o mais enérgico exci-

tante das contrações vesiculares que se conhece. E é o hormônio de Ivy e Oldberg.

As contrações da vesícula desenvolvem uma pressão de 250 a 300 m.m. de água.

O fato de ser o canal cístico aferente e eferente ao mesmo tempo em relação ao colecisto, trouxe confusão e dúvida ao espírito de muitos cientistas. Alguns não acreditavam que a descarga vesicular se fizesse através do cístico. Contudo, experimentalmente está demonstrado que durante a desapareição da sombra colecistográfica não há aumento de colesterol, fenoltaleína

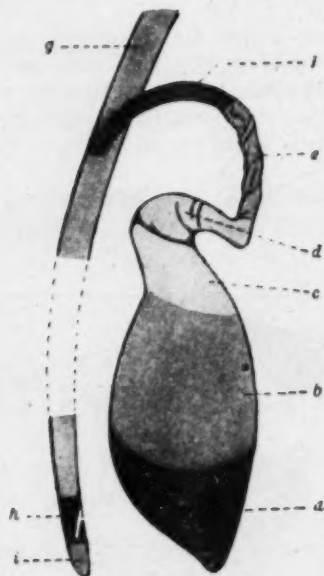


Fig. 9

Esquema de Eppinger mostrando as diversas porções anômicas da árvore biliar extra-hepática.

e bilirrubina na bile contida no canal hepático, o que significa que a bile vesicular flui diretamente pelo cístico (Voegtlin). Muitas vezes durante a descarga vesicular podemos surpreender por intermédio da radiografia a imagem do cístico, embora quase sempre parcial, o que também constitui uma prova concreta de que a bile se evacua através do dito canal.

Segundo Mirizzi, durante a evacuação vesicular, enquanto o esfíncter de Oddi se relaxa, o canal hepático graças ao seu esfíncter próprio, cerra as suas paredes, impedindo o refluxo biliar para dentro da árvore intra-hepática. Contudo, só a pressão de

secreção hepática basta para explicar a ausência de refluxo biliar para dentro do canal hepático durante a descarga vesicular.

Nem todos os alimentos gozam da propriedade de provocar a contração da vesícula. Tal fenômeno é específico: só se manifesta sob a ação de alimentos que contenham gorduras, tais como ovos, manteiga, leite, etc.

A *colecistocinina* — verdadeira mola de disparo do complexo mecanismo fisiológico de esvaziamento do colecisto — só se forma, especificamente, à custa de alimentos gordurosos em contacto com a mucosa intestinal. Algumas drogas em contacto com o duodeno, gozam da propriedade de fazer contrair a vesícula. O óleo

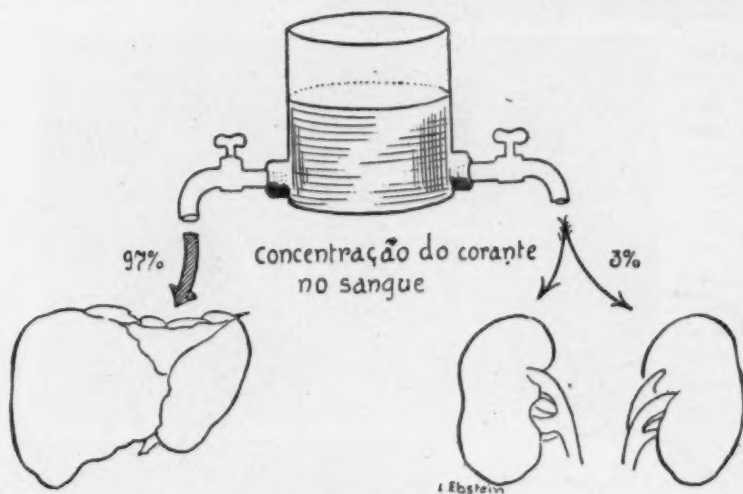


Fig. 10

Esquema indicando que o corante lançado na economia orgânica é eliminado quasi totalmente pelo fígado. Uma parcela mínima do mesmo é eliminada pelos rins.

de oliva e o sulfato de magnésia provocam a descarga do colecisto. A pituitrina, também, em injeção subcutânea, atua sobre a fibra lisa da musculatura vesicular fazendo com que esta se contráia. Experimentalmente, a gema de ovo é o alimento que produz a mais ativa contração do colecisto. Por este motivo é que a refeição de Boyden usada em radiologia para o esvaziamento vesicular, tem por alimento básico a gema de ovo.

A evacuação da vesícula não apresenta as mesmas características fisiológicas em todos os indivíduos. De ordinário, contudo, 30 minutos após a comida de Boyden a vesícula já descarregou $\frac{1}{2}$ a $\frac{2}{3}$ do seu conteúdo. Em 3 horas a descarga já alcançou o seu limite máximo.

Por outro lado, a evacuação também não apresenta um ritmo contínuo e constante. O esvaziamento vesicular processa-se de modo intermitente.

A cavidade vesicular após a evacuação da bile não fica inteiramente vazia. Uma pequena quantidade de bile residual, variando de 2 a 8 centímetros cúbicos, permanece no seu interior.

Na gravidez avançada o esvaziamento da vesícula é mais lento.

Para Bollman a evacuação vesicular não se faz à custa, pelo menos de modo preponderante, de estímulos nervosos. Entretanto, estes podem, em circunstâncias patológicas, estar relacio-

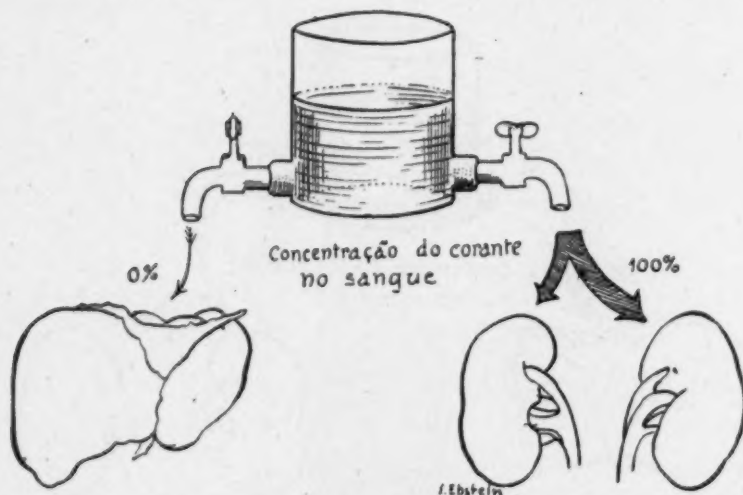


Fig. 11

Esquema indicando que o corante lançado na torrente circulatória, caso encontre o fígado ou as vias biliares bloqueados por processos patológicos, será eliminado pelos rins.

nados a condições de esvaziamento. Será, então, útil ter em mente as experiências de Westphal. A intensa excitação do vago contrai a vesícula e fecha fortemente o esfíncter de Oddi, impedindo o fluxo biliar. A intensa excitação do simpático relaxa a vesícula, mas fecha o esfíncter de Oddi, impedindo também o fluxo da bile.

SECREÇÃO DA VESÍCULA E DOS CANAIS BILIARES

As células da mucosa vesicular, sobretudo na região do colo, secretam uma substância mucinosa (Bollman, Best e Taylor). A quantidade deste produto de secreção deve ser de cerca de 20 c.c.

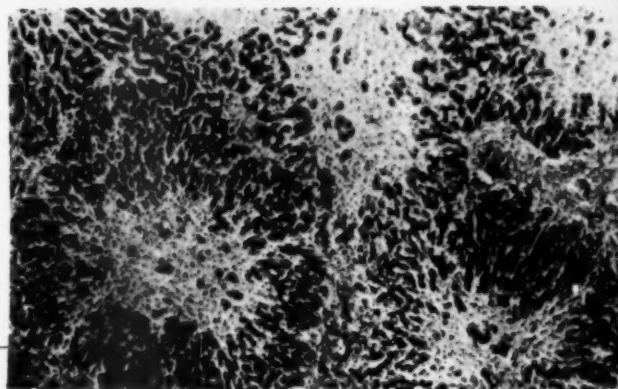
METIOCOLIN

A BASE DE METIONINA, COLINA E INOSITOL

Condensa

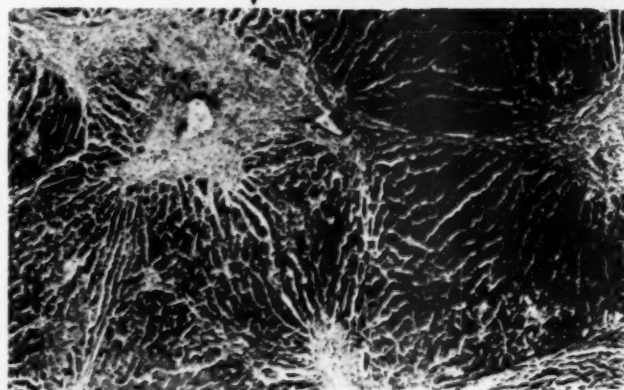
os 5 itens fundamentais
da moderna terapêutica
das *Hepatopatias Difusas*:

1)

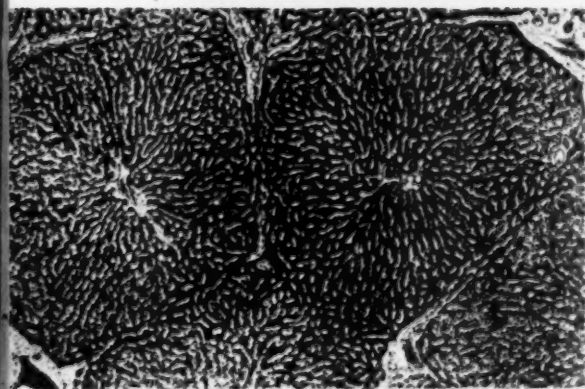


1) Da hepatite mais grave (necrose centro-lobular, esfacelo celular) à

2)



2) Regeneração mais intensa (lóbulos de neoformação, hiperplasia epitelial) e, finalmente, ao



- 1 A metionina é metabolito fundamental para a constituição normal da célula hepática, graças ao radical metila e ao enxofre que contém.
- 2 O mesmo acontece com a colina.
- 3 Metionina e colina corrigem o fígado gorduroso das dietas carentes em proteína, o fígado tóxico do clorofórmio, do tetracloreto de carbono, dos arsenicais e tóxicos diversos.
- 4 Metionina, colina e inositol constituem os chamados **agentes lipotróficos** conhecidos.
- 5 Estão associados em METIOCOLIN.

3) Fígado normal. é a sequência anátomo-clínica do emprego do **METIOCOLIN**

Indicações:

- a) Hepatites, hepatoses difusas. Hepatite crônica difusa (cirrose hepática).
- b) Estados de carência, alcoolismo, enterocolites graves, pelagra, avitaminoses.
- c) Infecções biliares. Colangites. Infecções e intoxicações.
- d) Hepatopatia das queimaduras.
- e) Veículo dos arsenobenzóis e arsenóxidos; na proteção da anestesia pelos gases.
- f) Como anti-tóxico geral.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — du Vigneaud, V. et al.: *J. Biol. Chem.*, 131:57, 1939.
- 2 — du Vigneaud, V. et al.: *Ibid.*, 134:787, 1940.
- 3 — Perlman, I. and Chaikoff, I. L.: *J. Biol. Chem.*, 127:211, 1939.
- 4 — Perlman, I.; Stillman, N. and Chaikoff, I. L.: *Ibid.*, 133:651, 1940.
- 5 — Kinsell, L. W.; Michaels, G. D.; Barton, H. C. and Weiss, H. A.: *Ann. Int. Med.*, 29:881, 1948.
- 6 — McHenry, E. W. and Gavin, G.: *Science*, 91:171, 1940.
- 7 — Gavin, G. and McHenry, E. M.: *J. Biol. Chem.*, 141:619, 1941.
- 8 — McFarland, M. L. and McHenry, E. W.: *J. Biol. Chem.*, 159:605, 1945.
- 9 — Aylward, F. X. and Holt, L. E.: *J. Biol. Chem.*, 121:61, 1937.
- 10 — McKay, E. M. and Barnes, R. H.: *Proc. Soc. Exp. Biol. and Med.*, 38:410, 1938.
- 11 — Best, C. H. and Ridout, J. H.: *Am. J. Phys.*, 122:67, 1938.
- 12 — Best, C. H. and Lucas, C. C.: *Vitamins and Hormones*. Vol. 1, 1945.
- 13 — Gyorgy, P. and Goldblatt, H.: *Proc. Soc. Exp. Biol. and Med.*, 46:492, 1941.
- 14 — Daft, F. S.; Sebrell, W. H. and Lillie, R. D.: *Proc. Soc. Exp. Biol. and Med.*, 48:228, 1941.
- 15 — Webster, G.: *J. Clin. Invest.*, 20:440, 1941.
- 16 — Blumbert, H. and McCollum, E. V.: *Science*, 93:598, 1941.
- 17 — Gyorgy, P. and Goldblatt, H.: *J. Exp. Med.*, 75:355, 1942.
- 18 — Beattie, J. and Marshall, J.: *Nature*, 153:525, 1944.
- 19 — Beattie, J. et al.: *Brit. Med. J.*, 1:209, 1944.
- 20 — Alsted, G.: *Am. J. Med. Sc.*, 213:257, 1947.
- 21 — Broun, G. O. and Muether, R. O.: *J. A. M. A.*, 118:1403, 1942.
- 22 — Russakoff, A. H. and Blumberg, N.: *Ann. Int. Med.*, 21:848, 1944.
- 23 — Beams, A. J.: *J. A. M. A.*, 130:190, 1946.
- 24 — Morrison, L. M.: *Ann. Int. Med.*, 24:465, 1946.
- 25 — Cayer, D.: *Arch. Int. Med.*, 80:644, 1947.
- 26 — Morrison, L. M.: *J. A. M. A.*, 134:673, 1947.
- 27 — Wilbur, D. L.: *J. A. M. A.*, 134:598, 1947.
- 28 — Steigmann, F.: *J. A. M. A.*, 137:239, 1948.
- 29 — Best, C. H.: *Am. Lectures in Physiology*. New York, 1948.
- 30 — Peters, R. A. et al.: *Quart. J. Med.*, 14:35, 1945.
- 31 — Eddy, J. H., Jr.: *Am. J. Med. Sc.*, 210:374, 1946.
- 32 — Ingelfinger, F. J. and Holt, C. L.: *Med. Clin. North. Am.*, 30:1024, 1946.
- 33 — Wilson, C.; Pollock, M. R. and Harris, A. D.: *Brit. Med. J.*, 1:399, 1945.
- 34 — Hoagland, C. L. and Shrank, R. E.: *J. A. M. A.*, 130:615, 1946.
- 35 — Patek, A. J., Jr. and Post, J.: *J. Clin. Invest.*, 20:481, 1941.
- 36 — Hoagland, C. L.: *New York State J. Med.*, 143:1041, 1943.
- 37 — Goldstein, M. R. and Rosahn, P. D.: *Con. M. J.*, 9:351, 1945.



PRAVIZ, LABORATÓRIOS S. A.

Rua Jandaia 20 - 30 — São Paulo - Brasil

em 24 horas. Tal quantidade de muco poderá ser muito aumentada em determinados processos patológicos do órgão.

O produto mucinoso e espesso secretado pela vesícula auxilia a viscosidade da bile.

Os canais biliares, entretanto, secretam muito pouco ou nada de tal produto, mas por outro lado são a fonte de um líquido aquoso, claro, abundante que dilui a bile.

A mucosa do colecisto e a dos canais biliares apresentam funções antagônicas: *a primeira concentra, a segunda dilui a bile.*

A VESÍCULA COMO VALVULA DE SEGURANÇA

Uma obstrução temporária do colédoco não acarretará icterícia por retenção, em vista do poder que possui a vesícula de concentrar a bile. Nêste sentido a vesícula age como se fôsse uma válvula de segurança (Bergmann).

O poder de concentração e a função reguladora da pressão de vesícula biliar evitam durante mais de 40 horas a presença de pigmentos biliares no sangue, quando se liga, nos cães, o canal colédoco (Best e Taylor, Bergmann e outros).

FISIOLOGIA DO ESFÍNCTER DE ODDI

As principais funções do esfíncter de Oddi, segundo Ivy, são:

1 — Regular o escoamento de bile para dentro do duodeno.

2 — Impedir o refluxo biliar do intestino para o colédoco.

3 — Cerrar a extremidade distal do colédoco nos períodos interdigestivos de modo a permitir o enchimento da vesícula biliar.

Experimentalmente se sabe que o esfíncter de Oddi, em animais portadores de vesícula, suporta uma pressão até de 100 a 120 m.m. de água. Esta pressão tende a diminuir com a ausência de vesícula, com a ingestão de certos alimentos ou com a aplicação de ácidos e determinadas drogas no duodeno. E tende a elevar-se com o jejum e a aplicação de álcalis.

Está também demonstrado que a descarga vesicular guarda harmonia fisiológica com o peristaltismo e a tonicidade da musculatura duodenal. No animal portador da vesícula o escoamento da bile para dentro do duodeno faz-se intermitentemente e por jatos. A explicação de a bile ser lançada no duodeno em jatos, é simples: As filbras musculares do duodeno que envolvem a porção intramural do colédoco, quando contraídas, suportam uma

pressão aproximada de 750 m.m. de água e, portanto, superior à pressão desenvolvida pelas contrações vesiculares. Mas, quando relaxadas, não suportam a pressão da descarga vesicular. Durante os movimentos ativos do duodeno a musculatura dêste se contrai e se relaxa alternadamente (bloqueio alternado). O escoamento biliar na luz intestinal coincide com o relaxamento do duodeno (Best e Taylor).

Quando experimentalmente se retira do cão a vesícula, o escoamento da bile para dentro do duodeno é, durante algum tempo, ininterrupto, enquanto os canais extra-hepáticos se dilatam.

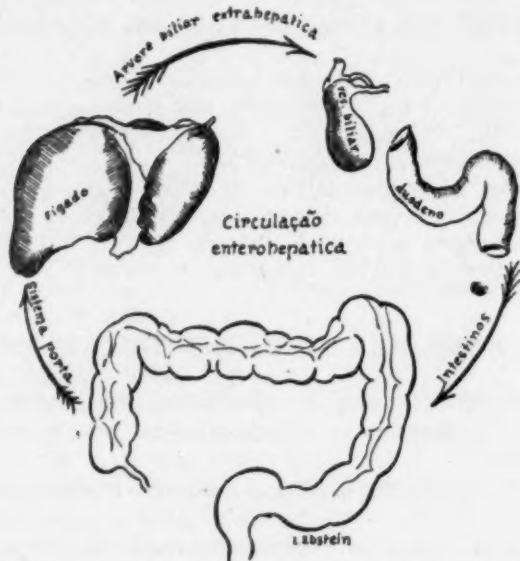


Fig. 12

Esquema da circulação entero-hepática.

Nos animais em que normalmente a vesícula não existe, o fluxo da bile para dentro do duodeno, também é contínuo.

Experiências em cães laparatomizados demonstram que durante o jejum de 12 horas a bile não flui para dentro do duodeno, e que a pressão dentro da luz do colédoco, tomada diretamente, varia de 140 a 170 m.m. de água. Quando a pressão diminui a bile começa a fluir.

O cheiro e a vista de alimentos por si sós provocam um escoamento biliar inicial, discreto, para dentro da luz intestinal, que perdura apenas de um a três minutos. Só 10 a 20 minutos após a ingestão de alimentos, aparece nova fluxo biliar que perdura várias horas. Êste é intensivo.



anestesia geral

BALSOFORME
ÉTER RHODIA
KELENE GERAL

anestesia local

KELENE LOCAL
SCUROCAINE
STOVAINÉ

ANESTÉSICOS PERFEITOS PARA ANESTESIAS PERFEITAS



★ CORRESPONDÊNCIA: RHODIA - CAIXA POSTAL 95-B - SÃO PAULO ★

R 43-345

PANAM — Casa de Amigos

HORMO GRAVÍDICO B'6

NATUREZA :

Plasma sanguíneo desproteinizado de animais fêmeas durante o período de gestação, *mais* Vitamina B'6.

INDICAÇÕES :

Toxemias Gravídicas. — Nauseas e Vômitos da Gestação. — Coréia Gravídica. — Anemias da Gravidez.

APRESENTAÇÃO : Frasco ampôla de 10 cm³.
Caixas de 6 ampôlas de 2 cm³.

INSTITUTO VITAL BRAZIL

Lab. Prod. Quim. Biol. S/A.

AV. 9 DE JULHO, 872 — FONE, 36-4259 — SÃO PAULO

EXCERPTA MÉDICA

Revista internacional de resumos dos ultimos trabalhos publicados na literatura médica mundial.

Publica mensalmente um volume de cada uma das seguintes especialidades:

- | | |
|--|------------------------------------|
| I — Anatomia, Embriologia e Histologia | VIII — Neurologia e Psiquiatria |
| II — Fisiologia, Bioquímica e Farmacologia | IX — Cirurgia |
| III — Endocrinologia | X — Obstetrícia e Ginecologia |
| IV — Microbiologia e Higiene | XI — Oto-rino-laringologia |
| V — Patologia geral e Anatomia Patológica | XII — Oftalmologia |
| VI — Medicina geral | XIII — Dermatologia e Venereologia |
| VII — Pediatria | XIV — Radiologia |
| | XV — Tuberculose. |

Pedidos de assinatura para 111, Kalverstraat — Amsterdam C. — Holanda.

A excitação após a tomada de alimentos às vezes provoca inibição do fluxo biliar.

A mucosa da vesícula biliar goza da propriedade de absorver água da bile (fenômeno de concentração). A mucosa doístico, do colédoco e do hepático em condições normais não goza desta propriedade.

Nos colecistectomizados, a princípio, o esfíncter de Oddi apresenta completa incontinência, acarretando dêste modo o escoamento contínuo da bile C para dentro do duodeno. Entretanto, depois de algum tempo, na maioria das vezes, a incontinência do esfíncter desaparece, e o colédoco, o hepático e a porção restante doístico se dilatam sensivelmente, tornando-se um arma-

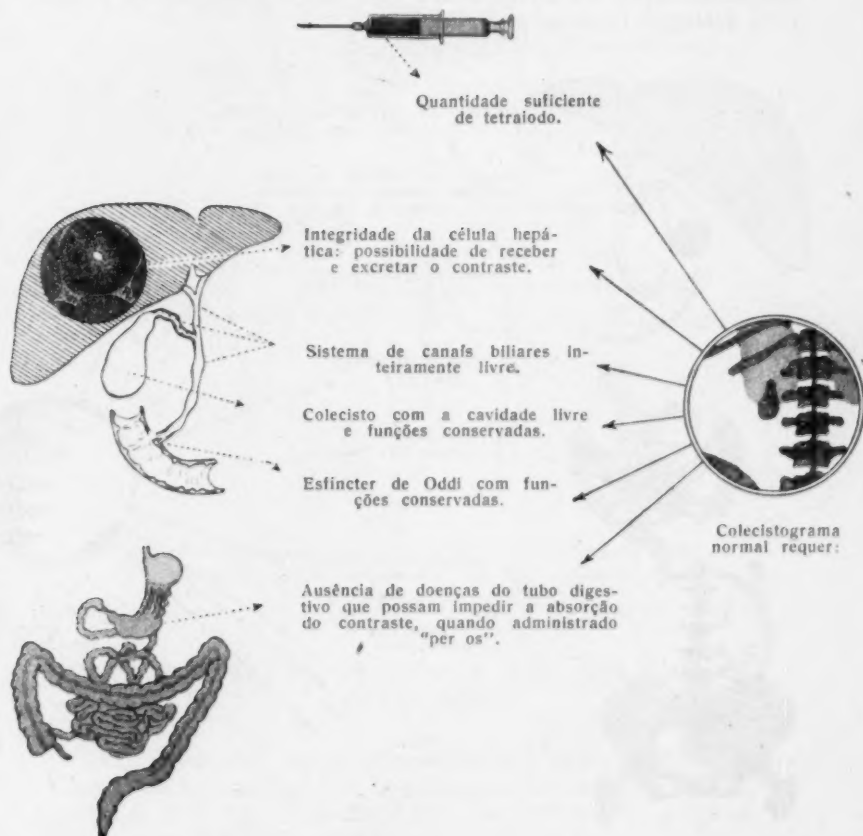


Fig. 13

Esquema apontando os diversos fatores necessários para que o colestograma seja normal.

zem biliar improvisado. A mucosa destes canais dilatados adquire também, então, embora de modo bastante restrito, a propriedade de absorver água da bile.

A mucosa do sistema de canais extra-hepáticos tem uma função antagônica à da vesícula, isto é, ao invés de concentrar, dilui a bile.

Neste fato está, em parte, a razão pela qual, durante a descarga vesicular, a radiografia não surpreende ou só surpreende parcialmente, o cístico ou o colédoco. Se desejarmos, entretanto, obter imagem de tais canais, devemos tomar radiografias dentro do período de tempo em que a descarga vesicular é mais intensa. Na maioria dos indivíduos este período está compreendido entre 10 a 20 minutos após a refeição de Boyden. Desde que as radiografias sejam tomadas durante tal período a imagem do cístico e do colédoco torna-se mais provável.

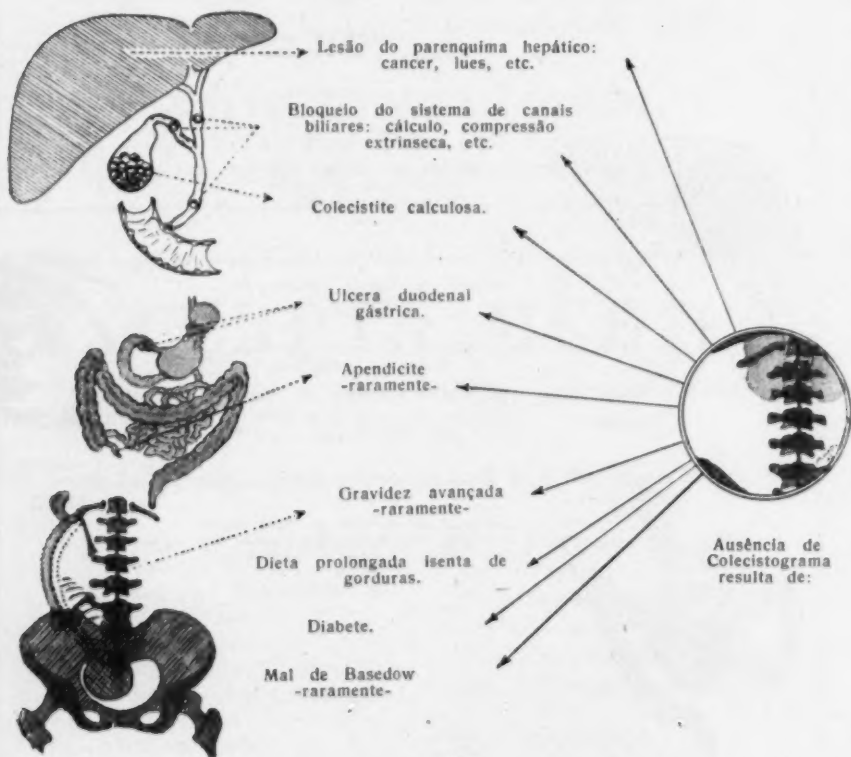


Fig. 14

Esquema indicando os fatores patológicos que mais comumente provoquem a ausência de colestograma.

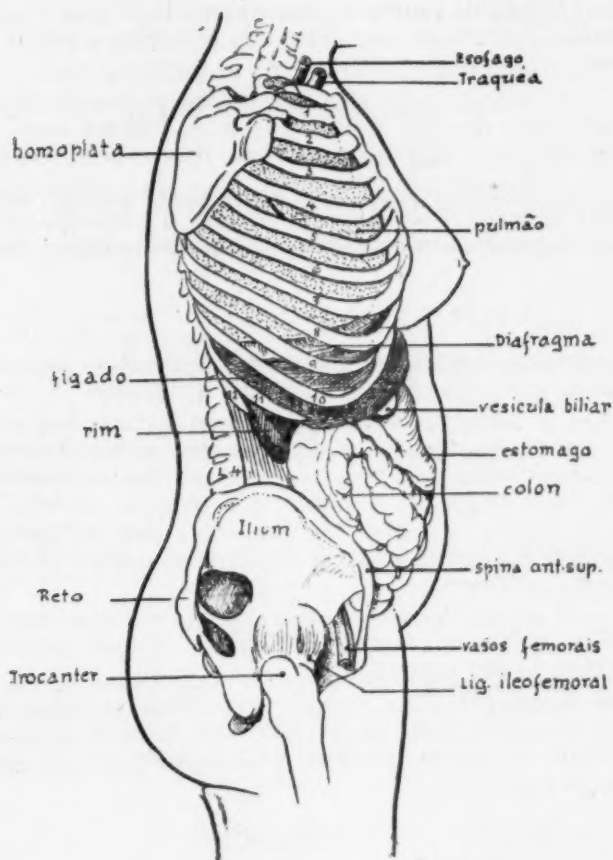


Fig. 15

Topografia anatômica da vesícula biliar em relação a diversos órgãos. (Modificação de um desenho retirado da Surg. Gynec. & Obst.).

ESVASIAMENTO VESICULAR SOB CONTRÔLE RADIOLÓGICO

Boyden estudou minuciosamente a evacuação vesicular. Geralmente depois da ingestão de gemas de ovo e creme, a vesícula expulsa 2/3 do seu conteúdo dentro de 30 minutos, e dentro de 3 horas a sua sombra desaparece.

Nos colecistogramas a resposta da vesícula ao alimento de prova apresenta 3 modalidades:

1 — A vesícula contrai-se rapidamente logo após a ingestão do alimento, produzindo uma evacuação acelerada e rápida. Isto é comum.

2 — A vesícula após uma fase inicial de esvaziamento, se relaxa e, depois, de novo, torna a encher-se. Nêstes casos e nestas circunstâncias a evacuação se torna relativamente demorada.

3 — A vesícula relaxa-se inicialmente. O esfíncter de Oddi permanece cerrado. Posteriormente aparece a contração vesicular com o consequente escoamento biliar. Isto, aliás, acontece mais raramente.

*
**

A evacuação vesicular no homem faz-se de modo intermitente. O ritmo de evacuação é mais ou menos o seguinte:

a) — A descarga inicial aparece nos 2 primeiros minutos após a tomada do alimento. Esta descarga inicial provavelmente é de origem psíquica, pois pode aparecer ante que o alimento seja ingerido, isto é, logo que o mesmo seja visto ou cheirado.

b) — Segue-se pausa de uns 2 minutos mais ou menos, durante a qual a vesícula pode apresentar, em alguns indivíduos, um discreto enchimento.

c) — O segundo período de descarga que é o mais importante abrange os 30 minutos seguintes. Nele a vesícula evacua metade ou 3/4 do seu conteúdo.

Este último período é seguido por outros períodos irregulares de esvaziamento que se alternam com fases de relaxamento e enchimento, e que do ponto de vista radiológico não apresentam interêsse prático.

Estudos Cirúrgicos

Dr. Eurico Branco Ribeiro

5 VOLUMES PUBLICADOS

Preço: Cr\$100,00 cada volume

Pedidos ao autor: Caixa Postal 1574 - São Paulo

DISTONEX



NAS DISTONIAS NEURO-VEGETATIVAS E ENJÔOS DE VIAGEM

DISTONEX eleva o limiar de excitabilidade do sistema neuro-vegetativo.

DISTONEX manifesta sua ação terapêutica graças aos seguintes elementos:

VAGOLÍTICOS

=

NOVATROPINA

BROMIDRATO DE ESCOPOLAMINA

SIMPATICOLÍTICO

=

PROFENAMIN

SEDATIVO CENTRAL

=

FENIL-ETIL MALONILUREIA

INDICAÇÕES:

Distonias neuro-vegetativas, enjões de viagem, ansiedade, insônia, vômitos e hipersialorreia da gravidez, cólicas intestinais, hepáticas e renais, dismenorréia, polaciúria noturna, enurese, vertigens, tremores, corréia, encefalite crônica, Parkinsonismo, pré-anestésico, torcicolo espasmódico.

POSOLOGIA:

ADULTOS 1 a 6 comprimidos por dia.

CRIANÇAS 1/2 a 2 comprimidos por dia.



LABORATÓRIO SINTÉTICO LTDA.

Rua Tamandaré, 376 — Fone, 6-4572
SÃO PAULO

POLISULFAN



A MAIS MODERNA E MAIS ATIVA
SULFA-COMBINAÇÃO

COMPRIMIDOS

PÓ

- ★ SULFADIAZINA
- ★ SULFAMERAZINA
- ★ HOMOSULFANILAMIDA

A HOMOSULFANILAMIDA

é uma nova sulfa que apresenta as seguintes vantagens:

- I - É o mais ativo agente contra as infecções por anaeróbios.
(Domagk - Howes - Pardi, etc.)
- II - É o mais ativo sulfamídico contra estafilococo e o estreptococo.
(E. Bliss - Mitchell - Kai Schmidt, etc.)
- III - Não é inibida pelo pús, sangue, ou ácido p-amino benzóico.
(Kai Schmidt - Domagk - Howes)
- IV - É a única sulfa de real utilidade contra a infecção tetânica.
(M. Bals - Evans - Fuller - Walker)
- V - É o sulfamídico menos irritante para os tecidos delicados.
(Tarantino - Howes - Fuller - Walker)



LABORATÓRIO SINTÉTICO LTDA.

Rua Tamandaré, 376 — Fone, 6-4572

SÃO PAULO

"Deve-se acentuar, entretanto, que a colecistografia não é de modo algum de feitura fácil e nem tão pouco os seus resultados são de diagnóstico automático. Ao contrário, ela requer observação minuciosa de pormenores técnicos, crítica, e perfeito estudo dos colecistogramas, assim como criteriosa interpretação dos mesmos".

(KIRKLIN)

COLECISTOGRAFIA — HISTÓRICO

Em 1909 Abel e Rowntree descobriram que os corantes do grupo fenolftaleína, quando introduzidos no organismo, eram excretados quasi inteiramente pelo fígado, sendo que apenas uma parcela mínima deles era eliminada pelos rins.

A colecistografia tem fundamentalmente por base tal descoberta. Já que tais substâncias corantes eram excretadas pelo fígado, bastaria que se lhes adicionasse à molécula um metalóide pesado para que a vesícula se tornasse visível aos raios X. Se, por exemplo, se adicionasse iodo à fenolftaleína o problema estaria resolvido. O corante funcionaria como veículo do contraste. E foi o que se fez.

Em 1924 Graham e Cole conseguem opacificar a vesícula introduzindo no organismo diferentes fenolftaleínas halogenadas. Este foi o primeiro passo.

Antes de 1924 os radiologistas só conseguiam surpreender, por meio da chapa simples, a imagem de certas vesículas patológicas que devido ao seu espessamento parietal ou à natureza do seu conteúdo, eram opacas aos raios X.

O primeiro cálculo visto aos raios X, o foi em 1889, por Buxbaum. Em seguida Beck, em 1900, consegue também imagem de cálculos. Em tal época a curiosidade científica de tais achados sobrepujava em muito o valor prático dos mesmos.

Alguns anos antes da era da colecistografia, baseados em estudos anatômicos e fisiológicos do tubo digestivo principalmente, atribuíram exagerado valor aos *sinais secundários* ou *indiretos* de certas colecistopatias.

As deformações do estômago, do duodeno e do cólon transverso causadas pela vesícula foram estudadas pormenorizada-mente, embora com exagêro. Os trabalhos de George e Lenard em 1922, neste sentido, são clássicos.

Milliken e Whitaker em 1925, isto é, um ano após a descoberta de Graham e Cole, indicam o sal sódico da *tetraiodofenolf-*

taleina como o mais eficiente contraste para a colecistografia. Em 1925, ainda, vários pesquisadores (Whitaker, Vogt, Menees e Robinson e outros) conseguem bons colecistogramas usando o corante por via oral.

**

O sal sódico da *tetraiodofenoltaleina* contém 61% de iodo. O seu peso atômico é 127. O seu peso molecular é 628. Apresenta-se em forma de finos cristais azuis, bastante solúveis em água. O iodo está quimicamente de tal modo ligado à molécula do corante que não há o menor perigo de dissociação enquanto a droga percorre o organismo.

**

MECANISMO DA ELIMINAÇÃO E DA ABSORÇÃO DO TETRAIODO NO ORGANISMO

Mais ou menos 97% do corante introduzido no sangue vão ter ao fígado e, deste modo, serão excretados com a bile.

Apenas 3% mais ou menos do corante, em condições normais, são eliminados pelos rins (Fuentes).

A eliminação do corante pelo fígado e pelos rins faz-se sempre em proporções quantitativamente inalteráveis para cada um destes órgãos.

Em vista do *tetraiodofenoltaleina* ser eliminado quase totalmente pelo fígado é que, em parte, se torna possível a colecistografia.

O esquema da figura n.º 00 esclarece o fenômeno: O reservatório de vidro representa a torrente circulatória com o corante diluído. A torneira grande representa a eliminação do mesmo pelos rins.

Em condições patológicas, entretanto, os fatos poderão dar-se de modo diferente. Quando, por exemplo, o fígado fica impossibilitado de eliminar o corante, este poderá ser eliminado na maior parte ou totalmente pelos rins. E', aliás, isto o que esclarece o esquema da figura n.º 00.

**

O corante administrativo por via bucal, em condições normais, é absorvido nos intestinos, ganhando o sistema porta e indo, depois, alcançar o fígado. A absorção do corante, mesmo em condições normais, nem sempre é completa. Uma parcela mínima e variável do mesmo é eliminada diretamente com as fezes. Por este motivo as chapas colecistográficas geralmente apresentam manchas difusas de contraste nos cólons, principal-



SULFADIAZINA
SULFAMERAZINA
SULFAMETAZINA

SULFATOTAL

Labor

Ausência da cristalúria sulfani-
lamídica

LABORTERAPICA S. A.

(Uma instituição apoiada na confiança do médico)

SANTO AMARDO (SÃO PAULO)

Para a HIPERTENSAO ARTERIAL:

P H Y T O S A L

Medicamento à base de SULFOCIANATO DE POTASSIO, associado a:

Cratoegus oxiacanta, sedativo e antiespasmodico; Passiflora quad., que reforça a ação do Cratoegus; Extrato de pâncreas desinsulinizado, de reconhecida ação vasodilatadora.

E' a medicação indicada em todos os tipos da Hipertensão, na Arteriosclerose, nas Cardiopatias hipertensivas, nos Acidentes vasculares e cerebrais das Hipertensões.

VIDRO DE 30 cm³.



**TRATAMENTO DA HIPERTENSAO ARTERIAL E SUAS
MANIFESTAÇÕES**

NOROFILLINA

(TEOFILINA-ETILENDIAMINA)

Via endovenosa

Via oral

Norofillina s/ glicose:

empôlas de 10 cm.³.

24 ctgs. de teofilina-etilendiamina por empola.

Norofillina c/ glicose:

empôlas de 10 cm.³.

3 empôlas de teofilina-etilendiamina 24 ctgs. cada.

3 empôlas de sôro glicosado hipertônico a 30%.

Norofillina comprimidos:

tubos com 20 comprimidos de 0,10, ctgs. de teofilina-etilendiamina.

A Norofillina pode ser usada só ou misturada com sôro glicosado.

Laboratório TERAPICA PAULISTA S/A.

RUA OLÍMPIA, 104 — SÃO PAULO

mente na flexura hepato-cólica ou visinhanças desta. Por outro lado a ação laxativa da fenolftaleína, poderá acelerar o trânsito, o que, de certo modo, diminui a capacidade da absorção.

Não há critério científico que permita, por intermédio da radiografia, calcular a quantidade de contraste residual que está

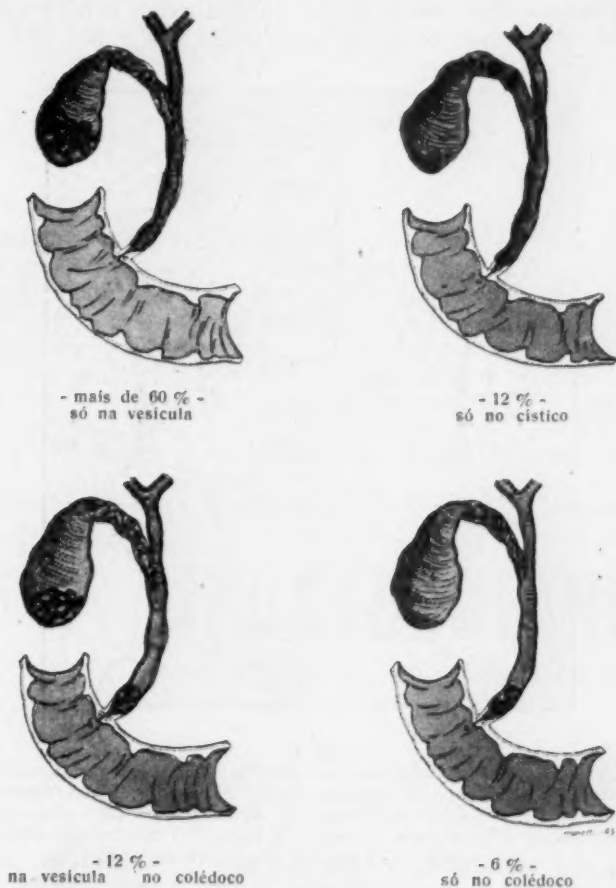


Fig. 16

Posição dos cálculos na árvore biliar segundo vários autores.

no intestino, isto é, que deixou de ser absorvida. A extensão ou o grau de densidade das manchas opacas produzidas no intestino pelo contraste, em absoluto não nos permite tal critério. Apenas a experiência nos ensina que a porção do contraste não absorvida é diminuta e não prejudica a prática da colecistografia.

Quando, também, ao lado de uma ausência de colecistograma, no caso do contraste ter sido administrado endovenosamente, observamos manchas opacas de contraste nos intestinos, é lógico admitirmos que a vesícula, por motivos patológicos diversos (se-mi-obstrução do cístico por exemplo), esteja impossibilitada de receber parcial ou totalmente o corante, mas que, por outro lado, a via hepatocolédoco esteja parcial ou totalmente livre, pois, caso contrário, o tetraiodo seria eliminado pelos rins e não por inter-

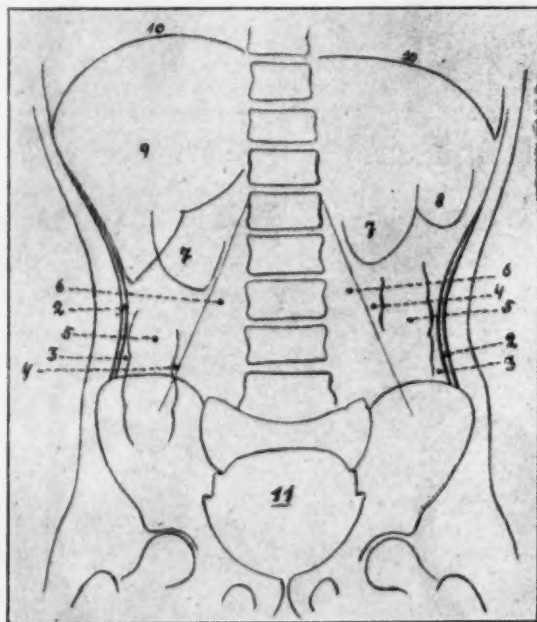


Fig. 17

Chapa simples do abdômen mostrando: (2) sombras lineares parietais, (3) espaços parietocolicos, (4) espaços mesenterocolicos, (5) colons ascendente e descendente, (6) sombras dos rins, (7) silhuetas renais, (8) bexiga, (9) sombra hepática, (10) diafragma, (11) espaço claro circular da pelvis.

médio da bile, o que equivale dizer que não estaria no intestino. Não é raro, ainda, ao lado de um colecistograma positivo, mesmo quando o tetraiodo tenha sido administrado por via endovenosa, encontrarmos manchas de contraste no intestino. Este fato por si só nenhum sinal patológico representa, pois normalmente o esfíncter de Oddi poderá entreabrir-se de maneira intermitente, em alguns indivíduos, nas fases interdigestivas longas, deixando passar para o intestino pequenas porções de bile hepática. Outro

fáto que talvez possa explicar tal fenômeno é a descarga inicial e mínima da vesícula motivada por ação puramente psíquica. Muitas vezes basta que o indivíduo, nas fases interdigestivas longas, veja ou cheire certos alimentos para que a vesícula se contraia e expulse para dentro da luz intestinal uma parcela mínima do seu conteúdo. Mas, como sabemos de fisiologia experimental, esta descarga inicial da vesícula de origem psíquica é insignificante e só será seguida de esvaziamento progressivo do órgão se o indivíduo ingerir alimentos gordurosos.

*
**

CIRCULAÇÃO ENTERO-HEPÁTICA

Se na chapa radiográfica encontrarmos contraste no intestino, tenha o mesmo aí aparecido após a administração "*per os*" ou após administração endovenosa, o fato é que ele retorna ao fígado por intermédio do sistema porta e, deste modo, é novamente eliminado com a bile. A este fenômeno dá-se o nome de *circulação entero-hepática*. O método de administração por via bucal, em doses fracionadas, do tetraiodo, preconizado por Sandstroem, tem por base tal fenômeno fisiológico. O esquema da figura n.º 00 esclarece o mecanismo da circulação entero-hepática.

LIPOCÉRÉBRINE

AMPÔLAS

**TÔNICO E REMIMERALIZANTE
CEREBRAL**



Extrato etéreo total de cérebro fresco de carneiro contendo todos os seus constituintes, fosforados e não fosforados.

LABORATÓRIOS ENILA S. A. - RUA RIACHUELO, 242 - C. POSTAL, 484 - RIO
FILIAL: RUA MARQUES DE ITÚ, 202 - SÃO PAULO

ESTERILIZAÇÃO DO TRACTUS
INTESTINAL PELO DERIVADO
FTÁLICO DA SULFA

ANASEPTIL = FTALIL

(Ftalil - Sulfatiazol com Vitamina K e B₁)

Absorção praticamente nula, alcançando grande
concentração no conteúdo intestinal

DISENTERIAS

COLIBACILOSES

ENTEROCOLITES

COMPANHIA FARMACÊUTICA BRASILEIRA
VICENTE AMATO SOBRINHO S/A.

Praça da Liberdade, 91

São Paulo

Rheuphan

Ácido phenylcinchonico .. 4/5
Excipiente 1/5

Poderoso eliminador do ácido urico. Eficaz contra reumatismo articular e muscular e de ação benéfica na gola, mesmo no período agudo.

1 A 2 COMPRIMIDOS 3 A 4 VEZES POR DIA, DEPOIS DAS REFEIÇÕES

Química e fisiologia: O RHEUPHAN transforma-se no organismo, inicialmente em ácido oxifenilcinchonico e depois em ácido piridino-carbonico.

Propriedades: O RHEUPHAN incrementa notavelmente a eliminação do ácido úrico. Sua eficácia é devida especialmente ao aumento forte do metabolismo das purinas, que provoca. Importante é também sua ação anti-pirética, analgésica e anti-flogística.

LABORATÓRIO "LUIZ PEREIRA BARRETTO"

FARMACÊUTICO QUÍMICO - ARNALDO LOPES

RUA ALVES GUIMARÃES, 630 — SÃO PAULO

PRODUÇÃO MÉDICA DE SÃO PAULO

Associação Paulista de Medicina

DEPARTAMENTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL

Sessão de 4 de outubro de 1950

Presidente: Dr. Firminio de Oliveira Lima

Traitement de l'amébiase (conferência). Prof. Jean Schneider — Depuis plusieurs années nous avons étudié de nouvelles médications tant expérimentalment au laboratoire qu'en thérapeutique clinique.

1 — Expérimentalement nous avons mis au point une technique de laboratoire permettant d'étudier chez le rat simultanément l'activité amoebicide et la toxicité de nouveaux médicaments. Cette technique présente une supériorité indiscutable sur les recherches pratiquées "in vitro" sur des cultures d'amibes.

2 — En clinique nous avons pu vérifier l'activité amoebicide de trois séries de médicaments: a) Les alcaloïdes de l'Holarrhena floribunda (Conessine et alcaloïdes totaux). Ils sont actifs par voie buccale mais parfois mal tolérés au point

de vue nerveux (troubles psychiques). b) Des dérivés thio-arsénicaux parmi lesquels le carbamido-phénylarsino ditthioglycolate de sodium s'est montré le plus actif et le mieux toléré. c) Desantibiotiques: Auréomycine et Terramycine qui tous deux ont une action amoebicide certaine soit directe soit indirecte (par action sur la flore microbienne associée).

Si nous avons pu vérifier l'action immédiate de tous ces médicaments tant sur les formes végétatives que sur les formes enkystées de l'amibe dysentérique, aucun de ceux ci ne nous a permis d'obtenir à lui seul une cure définitive de l'amibiase; dans tous les cas ou ils ont été employés seuls aux doses maxima tolérées, même pendant 2 à 3 semaines de suite, l'arrêt du traitement a tou-



Laboratorio de HORMOTHERAPIA

Aché

ESCRITORIO EM S. PAULO — TEL.: 4-6462

Rua Xavier de Toledo, 84 - 4.º

Hormopancreatino Masculino

Soro Hormônico Masculino ativado com extratos do parênquima pancreático.

Hormopancreatino Feminino

Soro Hormônico Feminino ativado com extratos do parênquima pancreático.

Regula os centros nervosos endócrino-simpáticos. É indicado no diabetes e nos desequilíbrios da nutrição geral. Nas hipertensões e dores da região precordial (angina). Resultados verdadeiramente notáveis em todas as manifestações do hipertireoidismo.

DOSIS: UMA AMPOLA DIARIAMENTE. (Intramuscular)

jours été suivi de "rechutes parasitologiques et parfois cliniques dans les semaines qui ont suivi.

En conclusion aucun de ces nouveaux médicaments ne permet d'obtenir une "guérison" et si la Conessine ou l'Aureomycine peuvent être utilisées dans certain cas pour le traitement initial de formes évolutives de l'amibiase du fait de leur toxicité faible qui peut les faire préférer à l'émetine, aucun de ces nouveaux médicaments ne peut

prétendre à notre avis remplacer complètement l'émetine dans le traitement des formes aiguës, évolutives de l'amibiase.

Seul un traitement continu, prolongé et varié au cours duquel on fera alterner pendant plusieurs mois les différentes médications connues de l'amibiase permettra de prévenir les rechutes et les complications de cette affection dont la chronicité constitue le caractère principal.

SESSÃO DE 4 DE DEZEMBRO DE 1950

Presidente: Dr. Firminio de Oliveira Lima

Inquérito sobre moléstia de Chagas no município de Rio Verde (Estado de Goiás) — Drs. J. L. Pedreira de Freitas e Wilson Mendonça. Os autores apresentam o resultado de um inquérito preliminar sobre moléstia de Chagas realizado no município de Rio Verde, Estado de Goiás. Na cidade de Rio Verde, sede do município, capturaram 26 exemplares de "T. sordida", 2 dos quais mostraram-se infectados pelo "T. cruzi". Praticaram reação de fixação do complemento com antígeno de "T. cruzi" (R.F.C.) em 26 indivíduos, obtendo 3 resultados positivos; xenodiagnósticos foram feitos em 9 pessoas e em 5 cães, todos com resultado negativo. Praticaram igualmente R.F.C. em 115 alunos de escolas primárias, obtendo 3 resultados positivos. No distrito de Montevídiu, examinaram moradores de 8 casas infestadas por triatomídeos; praticaram 26 R.F.C., obtendo 9 resultados positivos 22 xenodiagnósticos em pessoas, em 17 cães e em 10 gatos, obtendo um resultado positivo em cão e dois em gato. Capturaram 75 exemplares de "T. sordida" e 81 de "P. megistus, encontrando um exemplar infectado de cada espécie. Praticaram R.F.C. em 42 moradores de Montevídiu, com 15 resultados positivos e xenodiagnóstico em 30, com um resultado positivo. Os autores chamam a atenção para o fato de terem capturado número muito pequeno de

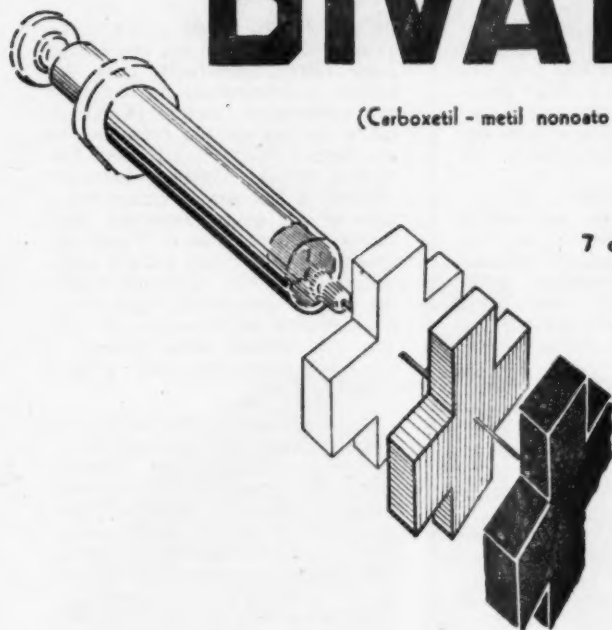
triatomídeos em casas em cujas paredes havia grande quantidade de manchas de fezes desses insetos. A diminuição dos insetos nestas pelo Serviço Nacional da Malária. Apesar de em geral ser reconhecida a pouca eficácia do DDT contra os triatomídeos, os autores acham que grande diminuição de infestação observada possa mesmo correr por conta da aplicação deste inseticida, principalmente porque quase todos os triatomídeos foram capturados em locais não expurgados ou expurgados incompletamente.

Comentários: — Prof. Ayrosa Galvão: Realmente, acho que ainda há certa discordância entre as diferentes observações de campo com relação à ação do DDT sobre triatomídeos. Nos trabalhos de dedetização rural em Araraquara, observamos que, em muitas casas tratadas, não foram encontrados triatomídeos, o que, porém, se verificou em outras. Na Venezuela, após dedetização feita para combater a malária transmitida por "A. darlingi", verificou-se mesmo um aumento de triatomídeos do gênero "Rhodnius", talvez devido segundo pensa técnico local, à destruição de inimigos naturais do inseto. Pergunto se o "T. sordida" não seria mais sensível ao DDT do que as outras espécies.

Prof. Samuel Pessoa: Acho que as experiências de laboratório com relação ao efeito do DDT sobre triatomídeos são ainda insuficien-

BIVATOL

(Carboxetil - metil nonato básico de bismuto)



7 cg. de Bi metálico
por ampola

SAL LIPOSSOLÚVEL DE BISMUTO

Os sais lipossolúveis resolveram o problema da bismutoterapia da Sífilis, tornando o metal mais eficaz, mais regularmente assimilável e melhor tolerado.

Caixas com 6 e 100 ampolas de 1,1 cm³



LABORATÓRIOS SILVA ARAUJO - ROUSSEL S. A

RIO DE JANEIRO

Biv-8

São Paulo — Rua Bitericourt Rodrigues, 180 — Caixa Postal, 439

tes, assim como divergem as observações de campo. É assunto de importância ainda não bem observado, e a ocasião é muito oportuna para que se faça uma experimentação sistemática e bem organizada, para esclarecimento de tais dúvidas.

Dr. Pedro de Carvalho: No município de Itaporanga, em março do corrente ano, o Serviço de Profilaxia da Malária realizou extensa dedetização para combater surto epidêmico de malária, tendo sido observada grande mortandade de triatomídeos nas habitações tratadas pelo DDT.

Dr. Firmino de Oliveira Lima: Penso que a dose de DDT que geralmente se aplica para luta contra malária é também eficiente contra triatomídeos.

Dr. J. L. Pedreira de Freitas: De fato, há ainda discordância nos resultados de campo dos diversos autores. Assim, Neghme, no Chile, refere excelentes resultados do DDT contra triatomídeos. Quanto à diferente sensibilidade de espécies ao inseticida, não conheço referência a respeito. Há grande oportunidade no momento para uma experimentação sobre o assunto, o que poderia ser feito pelo Serviço de Profilaxia da Malária, que atualmente inicia campanha contra a moléstia de Chagas no Estado.

Identidade entre *Australorbis glabratus* (Say 1818) de Caracas, Venezuela e o de Santos, Estado

de São Paulo, Brasil — Dr. J. O. Coutinho. O autor faz um estudo comparativo, ilustrado com desenhos e fotografias, de moluscos provenientes de Caracas (Venezuela) e de exemplares colecionados em Santos (São Paulo), Belo Horizonte (Minas Gerais), Salvador (Bahia) e Paulista (Pernambuco). Conclui que os planorbídeos estudados e provenientes do Brasil são iguais aos que Scott (1940) identificou como "*A. glabratus*". Afirma não ter encontrado espécies de planorbídeos provenientes de Santos que difiram desse gênero e que se enquadrem no gênero "*Biomphalaria*".

Comentários: — Prof. Samuel Pessoa: Bequaert e Lucena, no 8.º Congresso Brasileiro de Higiene, em Recife, comunicaram o encontro de moluscos do gênero "*Biomphalaria*" em Santos, sendo o diagnóstico feito pelo exame da concha, sem incluir o exame das partes moles, o que é pouco seguro. Seria interessante que esses autores verificassem melhor o referido diagnóstico. Lucena acha que o molusco teria sido introduzido em Santos com a escravidão negra; discordo desse ponto de vista, pois o foco de esquistossomose de Santos é recente, datando a primeira verificação (Arantes) de 1929.

Dr. J. O. Coutinho: Realmente, de acordo com Faust, há pouca segurança no diagnóstico de gêneros e espécies de moluscos apenas pela morfologia da concha.

DEPARTAMENTO DE CIRURGIA Sessão de 10 de outubro de 1950

Presidente: Dr. Daher E. Cutait

Tratamento cirúrgico da hipertensão arterial (simpósio). Profs. Jairo Ramos e Luis V. Décourt e Drs. Euryclides de Jesus Zerbini, Nicolau Barros Filho e L. E. Puech Leão. 1.ª pergunta — Em que casos ou tipo de casos está atualmente indicado o tratamento cirúrgico da hipertensão? Respostas — Prof. Jairo Ramos: Indicamos a simpatectomia nos hipertensos,

em fase de cardiopatia hipertensiva descompensada, pois os resultados são excelentes, embora não tenhamos explicação satisfatória para tais resultados. Indicamos também nos casos de cifras pressóricas muito altas, com labilidade vascular e com traçado eletrocardiográfico demonstrando sinais de sobrecarga ventricular e com traçado eletrocardiográfico demons-

GRIPE



TRANSPULMIN

TRANSPULMIN

Solução oleosa à 3 % de quinina básica, cânfora e óleos estéreis.



Para a quinino-terapia parenteral e indolor das afecções inflamatórias das vias respiratórias

Gripe, bronquite aguda e crônica, pneumonia, bronco-pneumonia, bronquiectasia, abscesso pulmonar, etc.

PROFILAXIA DA PNEUMONIA POST-OPERATÓRIA

APRESENTAÇÃO:

Caixa com 3 ampolas de 1,2 cm³

"	"	6	"	"	"
"	"	12	"	"	"
"	"	75	"	"	"
"	"	250	"	"	"



Farmaco Ltda

Rua Dom Gerardo, 42 - 2.º

Telefone 23-2610

Caixa Postal 3107

RIO DE JANEIRO

trando sinais de sobrecarga ventricular, pois a simpatectomia altera de tal modo o gradiente ventricular que as curvas que revelam sobrecarga ventricular esquerda se normalizam após a simpatectomia. Indicamos ainda nos casos que apresentam crises vasculares hipertensivas com ameaças de acidente cerebral, quando as lesões dos fundos oculares expressam a predominância de alterações funcionais espásticas sobre as alterações escleróticas irreversíveis.

Prof. Luis V. Décourt: Existem situações onde uma causa mais ou menos evidente de determinada síndrome hipertensiva é removível cirurgicamente. Tais eventualidades parecem fugir, em parte, a este questionário; assim, as nefropatias unilaterais, a coarctação da aorta, os tumores cerebrais, os processos da supra-renal, etc. Já as intervenções sobre o simpático, para o tratamento da doença hipertensiva, podem ser indicadas, de modo geral, em todos os hipertensos de menos de cinquenta anos, sem insuficiência renal, nos quais os valores da pressão arterial ainda ofereçam certas oscilações. Elas nos parecem, entretanto, particularmente aconselháveis, nas seguintes condições: a) nos hipertensos jovens, de preferência com menos de 45 anos; b) nos com tendência a elevação progressiva dos valores da pressão arterial, principalmente naqueles casos em que cifras altas surgem desde logo, com caracteres que levarão ao diagnóstico de hipertonia maligna; c) nos portadores de números médios, porém, sujeitos a crises de hipertensão paroxísticas; d) nos que já se encontram na fase real de cardiopatia hipertensiva, com sinais de insuficiência miocárdica rebelde.

Dr. Nicolau Moraes Berros Filho: A seleção dos casos de hipertensão que se prestam para o tratamento cirúrgico constitui uma das principais preocupações dos que se interessam por este problema. Infelizmente, esta pergunta ainda não encontrou resposta satisfatória. Quando nós iniciamos neste tipo de cirurgia, estávamos convenci-

dos de que o ideal era operar os casos iniciais, ainda na fase "funcional" da moléstia e com um mínimo de alterações orgânicas nos diferentes setôres do organismo. Atualmente, apesar de ser muito pequena nossa casuística, estamos evoluindo para um ponto de vista praticamente oposto e preferimos limitar nossas indicações: a) aos casos com manifestações subjetivas exuberantes, principalmente no setor cerebral, porque os resultados sintomáticos da operação têm-se mostrado quase constantes e muito compensadores; b) aos casos graves e com moléstia avançada, em que a experiência já demonstrou que os meios clínicos de tratamento são inoperantes e que a sobrevida provável é limitada. Nestes casos, nos sentimos perfeitamente autorizados a indicar o tratamento cirúrgico, apesar do alto grau de insegurança que estas operações comportam. Incluímos neste grupo os casos de hipertensos com grave repercussão cardíaca, os casos de hipertensão maligna, etc.

Dr. L. E. Puech Leão: Não podemos esquematizar ainda corretamente as indicações. Recomendamos o tratamento cirúrgico: a) Na hipertensão persistente dos tipos I e II em doentes com sintomatologia subjetiva muito intensa que não cede ao tratamento clínico bem orientado. A intensidade dos sintomas transforma estes doentes em inválidos, sem que no entanto o comprometimento orgânico seja muito grande. A cirurgia, agindo principalmente sobre os sintomas, oferece-lhes excelentes perspectivas de recuperação; b) Na hipertensão dos tipos II e III, que demonstra estar evoluindo mais rapidamente do que o comum, apesar de bem tratada clinicamente. A intervenção deve ser então tentada, antes que as lesões renais e cardíacas se tornem muito graves; c) Consideramos indicação absoluta a hipertensão maligna de evolução rápida em doentes ainda jovens. As perspectivas de vida nestes casos, mesmo com tratamento rigoroso, não vão além de alguns meses, sendo raros os que sobrevivem

mais de um ou dois anos, tornando-se assim a cirurgia a única esperança de maior sobrevida. Temos dois casos deste tipo, operados respectivamente há 8 meses e 2 anos, com regressão dos sintomas, melhora das lesões oculares e aparente retardamento da progressão da moléstia.

2.ª pergunta — Quais os métodos ou testes que utiliza na seleção dos doentes para o tratamento cirúrgico e qual ou quais reputa mais seguros? Respostas — Prof. Jairo Ramos: Para a seleção dos doentes usamos os seguintes testes: a) exame clínico; b) exame radiológico; c) provas de função renal (prova de concentração de Volhard ou depuração urêmica); d) exame dos fundos oculares; e) reação da pressão arterial ao frio, ao repouso e ao sono barbitúrico; f) média das pressões causais no decorrer da evolução da moléstia; g) urograma venoso nos casos indicados (embora seja exame que deveria ser feito de rotina, nem sempre o realizamos por motivos econômicos). Cada um destes exames tem indicação especial, muito mais para contra-indicar a simpatectomia do que para prever bom ou mau resultado pós-operatório. Contra-indicamos formalmente na insuficiência renal e nas lesões renais cirúrgicas uni e bilaterais. As provas que realizamos e os resultados que obtivemos em nossos casos não permitem concluir que a grande labilidade pressórica e o baixo valor das médias das pressões casuais indiquem melhor resultado cirúrgico. As lesões dos fundos oculares que na nossa experiência são as indicadoras mais preciosas das lesões arteriolares difusas a todo o organismo, servem, embora não de modo absoluto, para uma previsão de melhor ou pior resultado operatório. Entretanto, em nossa experiência não há prova clínica segura que permita avaliar ou prever o resultado pós-operatório.

Prof. Luís V. Décourt: Exame do estado cardíaco, pelos dados clínicos, radiológicos e eletrocardiográficos; aspecto do fundo de olho;

do estado renal, via de regra por uma simples prova de concentração eventualmente pela dosagem das escórias no sangue e pela depuração urêmica. Sempre que possível, a pielografia, para afastar uma nefropatia unilateral cirúrgica, e uma cultura de urina, para averiguar um possível componente pielonefritico. Não conheço teste clínico que possa, isoladamente, determinar a importância relativa dos componentes neurogênicos, vasculares e renais. As pesquisas habituais, entretanto, realizadas pelo repouso e pelos hipnóticos, podem ser úteis como dados apriorísticos relativos, desde que não seja superestimada a sua resposta. Em hipótese alguma pesarão como elementos fundamentais na seleção. Não tenho experiência alguma com o uso do tetraetidamônio.

Dr. Nicolau Morais Barros Filho. Os métodos que utilizamos são os seguintes: a) para o exame da função renal, exames de urina, prova de concentração, dosagem de uréia no sangue e urografia excretora; b) para o exame cardíaco, telerradiografia do coração e eletrocardiograma. Além destes, fazemos sempre o exame de fundo de olho e testes especiais que, supostamente, devem informar-nos sobre a elasticidade da pressão arterial, como sejam a prova da mudança de posição e do frio, bem como a prova da sedação. Nossa impressão é que estes testes, particularmente os últimos a que nos referimos, apresentam um contingente de insegurança tão elevado, no que se refere ao prognóstico, que seu valor prático é muito escasso. Até o momento atual estes testes continuam a ser usados como rotina em nossos casos, apenas para uniformidade de documentação. As provas de função renal são as que nos parecem de maior valor e são as únicas que, associadas aos dados do exame clínico, reputamos de valor decisivo para a indicação operatória.

Dr. L. E. Puech Leão: Fazemos em todos os doentes um estudo, o mais completo possível, das funções renal e cardíaca e dos achados de fundo de olho, correlacio-

出品
化學
老
中國



Caolin

Ha milhares
de anos já os
medicos chineses
prescreviam caolin nos
disturbios intestinais

Contendo caolin coloidal, gel
de hidroxido de aluminio, pec-
tina e oleo mineral em quan-
tidades equilibradas. Utilizado
com resultados surpreendentes

como medicamento sintomático
nas diarreias de origens diver-
sas, evitando a desidratação e
impedindo a perda das vita-
minas e minerais essenciais.

KAOMAGMA
Fontoura-Myeth

International

nados com o quadro sintomático e com o tempo de moléstia. Realizamos também as provas usuais de labilidade tensional, isto é, a das variações posturais, a da sedação e, ocasionalmente, a do tetraetilamônio. Como quase todos os que se dedicam ao assunto, chegamos à conclusão de que é mais fácil, na seleção dos doentes, estabelecer as contra-indicações do que fazer a indicação. Ainda não nos convencemos que qualquer dos testes usuais possa revelar com segurança quais os casos mais susceptíveis de bom resultado cirúrgico. Acreditamos ser ainda o método menos falho o senso clínico de cada um, baseado na própria experiência e na análise cuidadosa da experiência alheia.

3.ª pergunta — Em que casos ou tipos de casos contra-indica formalmente a operação? Respostas — Prof. Jairo Ramos: Contra-indicamos formalmente a operação nos seguintes casos: trombose coronária recente; insuficiência renal, aferida pelas provas clínicas; processo cerebral anterior grave.

Prof. Luís V. Décourt: Como contra-indicações formais: a) doentes portadores de insuficiência renal; b) casos sugestivos de perturbações coronarianas severa ou com enfarte do miocárdio já instalado; c) processos de encefalopatia hipertensiva acentuada, com pressão líquórica elevada. Como contra-indicações relativas: a) idade além de 55 anos; b) pressão arterial fixa a todas as provas e em níveis muito elevados; c) acidente cerebral transitório no passado; d) alterações coronarianas suspeitadas. Não tenho experiência sobre a hipertensão resultante da toxemia gravídica, diante da intervenção cirúrgica.

Dr. Nicolau Moraes Barros Filho: Além das contra-indicações de ordem geral, como sejam a idade avançada e um risco cirúrgico excessivo, consideramos como contra-indicação formal à operação aqueles casos em que as provas de função renal revelam comprometimento grave, com retenção de escórias.

Dr. L. E. Puech Leão: Desaconselhamos a operação na hipertensão de qualquer dos três primeiros tipos, desde que esteja evoluindo lentamente e respondendo bem ao tratamento clínico. Contra-indicamo-la sempre que, em hipertensão persistente e de duração muito longa, a função renal esteja muito comprometida, a idade do doente faça pressupor já um certo grau de arteriosclerose, ou se manifeste pouca ou nenhuma labilidade tensional aos testes usuais.

4.ª pergunta — Que técnica usa e quais as razões de sua escolha?

Respostas — Dr. Nicolau Moraes Barros Filho: Até fins de 1949 e, portanto, na maioria absoluta dos casos, praticamos a operação clássica de Smithwick, não só por se tratar de uma operação benigna e de baixa mortalidade, como também por ser uma técnica bem estandardizada e a mais divulgada nos grandes centros cirúrgicos. Entretanto, como os nossos resultados, com o emprêgo desta técnica, não corresponderam àquilo que esperávamos, e admitindo, ainda que empiricamente, que com uma ressecção mais extensa de cadeia simpática nós poderíamos melhorar nossos resultados sem aumentar o risco operatório, resolvemos adotar a técnica transtorácica, o que vimos fazendo, a título de experiência, desde o início deste ano.

Dr. Euryclides J. Zerbini: A experiência que trazemos aqui é de 56 pacientes operados até janeiro de 1950, sendo 49 pela técnica de Smithwick e 7 pela via torácica. Até setembro de 1949 fizemos a operação de Smithwick, isto é, a ressecção paravertebral desde T8 a L2 e nervos esplâncnicos correspondentes, sem abertura ou com abertura accidental da pleura. Desde então, empregamos a via toraco-abdominal ampla, com ressecção da 10.ª costela, abertura da pleura e do diafragma. A nossa orientação baseia-se nos seguintes fatos: 1) O controle clínico dos pacientes operados pela técnica de Smithwick mostrou recidiva da pressão elevada e estado clínico pré-operatório, em grande parte

Restriado? Nunca!



PULMOCRISINA

ADULTO - INFANTIL

Pulmocrisina

Injetavel

A PULMOCRISINA - Injetável — é a associação da Quinina básica ao Gomenol, à Cânfora, à Colesterina e ao Cinamato de Benzila em Óleos, Essenciais, constituindo, assim, pela especialidade peculiar a cada uma destas substâncias, um preparado de uso obrigatório nas afecções do aparelho tráqueo-brônquico.

POSOLOGIA

Uma a três injeções diárias como tratamento abortivo da gripe.

Para outras afecções pulmonares, podem ser dadas uma ou duas injeções por dia, salvo outra indicação médica.

As injeções devem ser intramusculares.

	Adulto	Infantil
Hidr. quinina	0,10	0,050
Gomenol	0,15	0,075
Cin. benzila	0,03	0,015
Cânfora	0,15	0,075
Colesterina	0,05	0,025
Veículo oleoso	3 cm3	1,5 cm3

INFANTIL :

Lic. no S.N.F.M. sob n. 135/40

Alinea XIII - Caixa com
6 amps. de 1,5 cm3

ADULTO :

Lic. no S.N.F.M. sob n. 136/40

Alinea XIII - Caixa com
6 amps. de 3 cm3



Laboratorio Sanitas do Brasil, S. A.

AV. LINS DE VASCONCELOS, 3420

TELEFONES: 70-2184 • 70-1262

SÃO PAULO — BRASIL

dos pacientes controlados por mais de 2 anos. 2) Grimsom publicou em 1948 as observações de 113 pacientes que sofreram ressecções mais amplas, dos quais apenas 23 tiveram recidiva da hipertensão. Segundo aquele autor, o grau e duração da queda da pressão são proporcionais à extensão de simpático ressecado. 3) Essa afirmação foi comprovada por Poppen, Hinton, Lord, Moore, etc. 4) Mitchell mostrou a importância de se ressecar até T₄. Conservando-se esse gânglio, pode-se não interromper as conexões do gânglio semilunar com medula pelos filetes periaórticos e periesofagianos (nervo para-aórtico). 5) A extensão da cadeia paravertebral ressecada pela técnica antiga foi de 24 a 28 cm; a área de superfície cutânea desnervada foi de cerca de 48% com a técnica antiga e de 70 a 80% com a segunda (pesquisadas pela prova iodo-amido-calor).

Dr. L. E. Puech Leão: Sempre usamos a simpatectomia dorso-lombar bilateral de T₆ a L₂ por via transpleural, através do leito da 9.ª costela. As razões da preferência já as expusemos em trabalho publicado e resumem-se nas seguintes: amplo campo operatório, grande facilidade técnica, menor probabilidade de complicações pulmonares, menor traumatismo muscular, menor possibilidade de infecção, pós-operatório mais ameno e recuperação mais rápida, possibilitando o levantar precoce. Ultimamente, temos usado a via de acesso intercostal, através do 9.º intercosto. Verificamos que o campo operatório obtido é igualmente amplo e que assim se evita a formação do derrame pleural pós-operatório. Além disso, o tempo operatório é mais curto, a dor pós-operatória menos intensa e a cicatriz cirúrgica esteticamente perfeita.

5.ª pergunta — Qual a incidência de complicações no pós-operatório imediato? — Respostas — Dr. Nicolau Moraes Barros Filho: Em 38 operações de Smithwick, realizadas em 20 pacientes, tivemos 5 vezes derrame pleural sero-

sanguíneo, que exigiu punção: 1 vez, choque hemorrágico por hemorragia intrapleural; 1 vez, grande hematoma no espaço de descolamento subpleural e retróperitoneal em paciente portador de uma diátese hemorrágica, que só foi suspeitada durante o decurso do 1.º tempo operatório, obrigando-nos a desistir de praticar o 2.º tempo; 1 vez, paralisia do nervo ciático — poplíteo externo em consequência de má posição na mesa operatória. Não houve caso de morte nesta série. Em 5 intervenções por via transtorácica, realizadas em 3 pacientes: o derrame pleural sero-sanguíneo é a regra e não pode ser considerada como complicação; entretanto, em 1 caso, observamos um derrame de maiores proporções com desvio de mediastino, taquipnéia, taquicardia e hipotensão, que se corrigiram com a punção, feita no 2.º dia pós-operatório e que permitiu a retirada de 450 ml de líquido. Tivemos também 1 caso de morte no 2.º dia pós-operatório do 2.º tempo da operação por anoxia em um paciente com broncoplegia, e inundação dos pulmões com catarro, que não se conseguiu corrigir, apesar de aspirações repetidas, com sonda traqueal e com broncoscópio. Foi este o único caso de óbito em nossa série.

Dr. Euryclides J. Zerbini: Um grande número de pacientes apresentou derrame pleural pós-operatório, tal como em uma toracotomia comum. Esses pacientes requerem aspirações pleurais. Um paciente, que não está entre os 16 operados até janeiro de 1950 teve empiema pleural e foi feita uma drenagem fechada com aspiração. Cerca de 20% dos pacientes têm apresentado dores pós-operatórias mais ou menos violentas nos trajetos dos nervos traumatizados durante a operação. É nossa opinião que, pela via torácica, é mais fácil evitar-se a lesão nervosa que na operação de Smithwick. O que achamos dever ser feito é a secção do nervo correspondente à costela ressecada e a sutura intercostal, evitando-se a sutura pericostal. Um paciente operado há 30 meses tem

tido dores muito violentas, o que o levou a um estado de profunda neurastenia, recusando uma operação para a secção do nervo provavelmente amarrado. A anestesia e alcoolização intercostais somente deram resultados transitórios. Três pacientes tiveram complicações pulmonares graves (5%); em dois casos tratava-se de atelectasia, que foi curada; uma paciente faleceu com pneumonia. Tivemos dois casos de supuração profunda da incisão cirúrgica, com eliminação do material de sutura. Houve um choque operatório.

Dr. L. E. Puech Leão: Com exceção de 2 casos em que foi usada a via de acesso intercostal, houve formação de derrame ipsilateral após todas as intervenções. Na maioria dos casos isso não chegou a constituir problema maior, dada a pequena quantidade de líquido coletado. Em dois casos (3 operações), o derrame foi volumoso, causando dificuldade respiratória e obrigando a punção evacuadora precoce. Tivemos um caso de atelectasia pulmonar e um de hepatite tóxica pós-operatória, este último provavelmente como intoxicação anestésica. Isso corresponde a uma incidência de 2,4 % de complicações pulmonares e de 4,8% de complicações pós-operatórias em geral.

6.ª pergunta — Qual o intervalo médio entre os dois tempos operatórios e qual o tempo médio de hospitalização? Respostas — Dr. Euryclides J. Zerbini: O intervalo médio entre os tempos operatórios foi de 20 dias e a hospitalização média de 35 dias. A maior parte dos primeiros pacientes foi operada com grandes intervalos de tempo e saía do hospital após a primeira operação. Atualmente, os pacientes têm sido operados em uma única internação com menores intervalos.

Dr. Nicolau de Moraes Barros Filho: O intervalo médio entre os dois tempos operatórios foi de 25 dias e o tempo de hospitalização foi de 49 dias. Convém assinalar, entretanto, que alguns casos tiveram alta no intervalo entre os

dois tempos operatórios, que se prolongou por 2 e até 3 meses; além disso, é preciso realçar também que a maior partes de nossos casos submeteu-se aos exames pré-operatórios em regime de internação hospitalar.

Dr. L. E. Puech Leão: O intervalo entre os dois tempos operatórios oscilou entre 10 e 46 dias, com uma média de 17 dias. O tempo de hospitalização oscilou entre 23 e 39 dias, com uma média de 28 dias. Os dois doentes em que o intervalo entre os tempos operatórios foi maior passaram-no fora do Hospital, reinternando-se para o 2.º tempo.

7.ª pergunta — Qual a incidência de hipotensão postural pós-operatória e que meios utiliza para evitá-las ou corrigi-las?

Respostas — Prof. Jairo Ramos: Todos os doentes tiveram hipotensão postural pós-operatória bem nítida causando taquicardia, sensação vertiginosa e palidez quando em posição erecta. Entretanto, a maioria se adapta bem a esta condição com o uso de cinta elástica abdominal. Em 6 casos a hipotensão constituiu evidente distúrbio, impedindo ao doente voltar às suas atividades por largo tempo.

Dr. Nicolau de Moraes Barros Filho: Uma hipotensão postural, com sensação vertiginosa, é ocorrência frequente que observamos na maioria de nossos operados, nas primeiras vezes em que o doente se levanta depois da operação. Entretanto, sua duração tem sido muito transitória e nunca atingiu intensidade suficiente para justificar a adoção de medidas terapêuticas ou preventivas especiais. Apenas em um caso esta hipotensão postural se manteve com caráter prolongado, mantendo-se ainda 29 meses depois da operação; entretanto, era de pequena intensidade, e não chegou a constituir problema de importância.

Dr. L. E. Puech Leão: Todos os doentes tiveram hipotensão postural pós-operatória, alguns até mais de 6 meses depois. Entretanto, em nenhum deles a hipotensão chegou a constituir problema que necessi-

4

SÃO, EM SÍNTESE, OS EFEITOS ESPECIAIS PARTICULARIZADOS DO

VASO-CONSTRUCTOR
E DESCONGESTIONANTE DAS MUCOSAS

Privina

(CLORIDRATO DA 2-NAFTIL-1'-IMIDAZOLINA)

na *Rino-Laringologia:*

1º



RAPIDEZ de ação e seu prolongamento pelo período de 2 a 6 horas

2º



INOCUIDADE em relação ao mecanismo ciliar

3º



CAPACIDADE de regulação do pH

4º



ALIVIAÇÃO imediata, com a involução acelerada e sucessória cura das afecções nasais.

Terquino

SOLUÇÕES A 1/2 E A 1 POR MIL

PRODUTOS QUÍMICOS CIBA S. A.

RIO DE JANEIRO - Av. Venezuela, 110 - C. P. 3437

SÃO PAULO

Av. Brig. Luiz Antônio, 389/395 - C. P. 3678

PORTO ALEGRE

Av. Alberto Bins, 400 - C. P. 1471

BELO HORIZONTE

Rua dos Coetês, 871 - C. P. 123

RECIFE

R. 7 de Setembro, 128 - C. P. 439



tas medidas especiais. Atribuimos isso ao uso, no pós-operatório do 2.º tempo, de cama inclinada com cabeceira levantada, o que parece produzir rápida e eficiente adaptação.

8.ª pergunta — Qual a mortalidade operatória e qual a incidência de sequelas desagradáveis no pós-operatório? Respostas — Dr. Euclides J. Zerbini: Em 56 pacientes operados, 4 faleceram. Um doente faleceu 30 meses após a operação por carcinoma do ângulo hepático do cólon. Em 3 pacientes (5,3%) a morte esteve diretamente relacionada com a operação. Um desses três doentes faleceu com pneumonia, e os outros dois por acidente vascular cerebral (esses dois paciente apresentavam sinais de distúrbio circulatório cerebral antes da operação).

Dr. Nicolau de Moraes Barros Filho: Nossa mortalidade operatória limita-se a um único caso, já referido, que ocorreu no 2.º dia depois do 2.º tempo de uma simpatectomia transtorácica. Esta morte representa 2,3% sobre o total das intervenções realizadas e 4,3% sobre o total de pacientes operados. Quanto às sequelas desagradáveis merecem ser mencionadas: a) a dor pós-operatória, que geralmente se prolonga por 2 a 3 meses de pós-operatório, que é rebelde aos analgésicos habituais e que parece estar em desproporção com o vulto da operação; b) em 2 casos, notamos o exágono da vasomotricidade dos membros superiores, com o aparecimento de fenômenos espásticos do tipo da moléstia de Raymond; c) em pacientes do sexo masculino, houve 3 casos dos 7 que foram acompanhados por tempo suficiente, que se queixaram de impossibilidade de ejaculação. Entretanto, como nós, intencionalmente nos abstermos de interrogar os nossos pacientes a respeito destas perturbações, é possível que sua incidência seja maior do que a que assinalamos.

Dr. L. E. Puech Leão: Em 41 operações realizadas em 22 doentes houve um óbito, o que nos dá uma mortalidade operatória de

2,4%. Esse óbito foi causado por parada reflexa do coração quando já se achava terminado o 2.º tempo operatório. Quanto às sequelas, 3 doentes (13,5%) queixaram-se de dor neurálgica rebelde ao nível da incisão nos primeiros 3 meses, sendo que um deles ainda tinha dor residual 5 meses depois da operação. Acreditamos que a via de acesso intercostal possa tornar raridade essa sequela. Um doente (4,5%) queixa-se até o presente (20 meses depois da operação) de crises passageiras de astenia acompanhadas de obnubilação mental. Tais crises são de aparecimento irregular e costumam durar poucos minutos, desaparecendo sem deixar vestígios. Ainda não encontramos explicação para esse fato, mas já ouvimos referências de outros colegas à sua existência em doentes operados. Seis doentes (27%) queixam-se de excessiva sudorese na parte superior do tórax, rosto e mãos nos dias mais quentes.

9.ª pergunta — Na sua experiência qual a percentagem de doentes operados que retornam às suas ocupações habituais e qual o tempo médio de inatividade pós-operatória? Respostas — Prof. Jairo Ramos: Todos os doentes voltaram às suas atividades, com exceção de um caso cujas dores persistem ainda após 2 anos de operação, dores que dependem de uma artrose vertebral e talvez de um neurinoma, associado a intensa neurastenia, que levou o doente a um estado neurótico muito intenso. Alguns voltaram a intensa atividade física sem queixa subjetiva, embora mantenham cifra pressórica elevada, entretanto sempre menor que a observada no período pré-operatório. A inatividade pós-operatória não podemos precisar em cifras percentuais. Podemos afirmar que foi diminuta na maioria dos casos, pois, após 3 meses, a quase totalidade dos doentes já se entregava aos afazeres habituais com relativa facilidade.

Dr. L. E. Puech Leão: Nem todos os doentes operados estavam afastados das suas atividades. Com

2
NOVOS PREPARADOS
LPB "a marca de tradição"



= • =

São Paulo, Maio de 1951

Prezado Doutor:

Fiel ao seu programa de labor científico na pesquisa e consequente elaboração das mais recentes novidades terapêuticas, o Laboratório Paulista de Biologia S. A. solicita a preciosa atenção de V. S. para os dois novos preparados que acaba de lançar:

CHOLIGEN

Os medicamentos empregados normalmente para o tratamento das afecções hepato-biliares são constituídos por compostos, de origem natural ou sintética, que agem sómente como colagogos ou coleréticos. O CHOLIGEN, além de poderoso colerético, é um energico agente quimioterápico contra os germes que podem se instalar nas vias hepato-biliares e que difficilmente podem ser atacados pelos medicamentos quimioterápicos antibacterianos comuns. Pela sua constituição química, CHOLIGEN atua também como fator vitamínico PP, em defesa da célula hepática.

A ação triplice do CHOLIGEN (colerética, quimioterápica e protetora da célula hepática) torna esse medicamento de real vantagem e de franca superioridade em relação aos similares, quase sempre dotados de atividades unilateral, colerética ou colagoga.

CHOLIGEN é apresentado em estojo de 20 comprimidos. Cada comprimido contém: 0,50 g de Hidroximetilamida do ácido nicotínico.

O emprego do CHOLIGEN é particularmente recomendado nas colecistites, colangites, colelitiasas, gastroenterites e gastroduodenites.

Certos como somos que estes novos preparados
licitadas, enviaremos com grato prazer as am

HEXAVITAMIN

HEXAVITAMIN L. P. B., preparado de acordo com as exigências da última edição da Farmacopeia dos Estados Unidos (U.S.P. XIV), é apresentado em forma líquida, diferentemente dos compostos similares em capsulas gelatinosas ou em tabletes, porque:

- 1) é de mais fácil administração, especialmente para crianças.
- 2) é mais rapidamente absorvido.
- 3) é de efeito mais pronto e mais seguro.

Vinte gotas de HEXAVITAMIN L. P. B. contêm as doses diárias para adulto das vitaminas A, B₁, B₂, C, D₂ e PP (niacinamida). As vitaminas lipossolúveis A e D₂ são de origem sintética e portanto desprovidas do gosto e cheiro característico das mesmas vitaminas de origem natural, extraídas do óleo de fígado de bacalhau ou de cação.

HEXAVITAMIN L. P. B., indicado para profilaxia e tratamento dos estados decorrentes de deficiências vitamínicas, constitui o complemento ideal das dietas habituais.

HEXAVITAMIN L. P. B. é apresentado em vidro contendo gotas de 15 cm³. Cada cm³ contém: 75.000 U. I. de vitamina A sintética, 0,004 g de tiamina, 0,0015 g de riboflavina, 500 U. I. de calciferol, 75 mg de ácido ascórbico e 20 mg de niacinamida.

os despertarão a atenção de V. S., quando suas
nossas necessárias para seus ensaios clínicos.

Departamento de Propaganda

Laboratório Paulista de Biologia S. A.

O Laboratório Paulista de Biologia S. A.
anuncia o lançamento de duas
novas especialidades

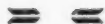
Choligen

e

Hexavitamin



Amostras a disposição dos Snrs. médicos



LABORATÓRIO PAULISTA DE BIOLOGIA S. A.
RUA SÃO LUIZ, 161 — SÃO PAULO

exceção de 3 casos operados há menos de 3 meses, todos voltaram às suas ocupações habituais e nelas se mantêm 5 a 26 meses depois, inclusive 6 doentes que delas já se achavam afastados há tempo mais ou menos longo. O tempo de inatividade pós-operatória oscilou de 2,5 a 5 meses, com uma média de 3,5 meses.

10.ª pergunta — Quais os resultados imediatos (1.º a 6.º meses)? Respostas — Prof. Jairo Ramos: Em 50% dos casos se obtêm bons resultados pressóricos nos primeiros 6 meses após a operação. Assim, podemos considerar os resultados imediatos como muito bons, particularmente no que se refere à snitomatologia clínica. Quanto aos traçados eletrocardiográficos, observamos com frequência alterações nítidas, com modificações de gradiente e desaparecimento dos sinais que evidenciam sobrecarga ventricular esquerda.

Prof. Luis V. Décourt: Em geral, favoráveis na maioria dos casos, dando a impressão de que um ótimo resultado foi obtido. De qualquer forma, neste período de tempo, qualquer juízo sobre a evolução será sempre provisório.

Dr. L. E. Puech Leão: Fazendo-se abstração das sequelas desagradáveis já referidas, os resultados imediatos foram uniformemente bons, quer quanto à curva pressórica, quer quanto à sintomatologia. Não fizemos estudo sistemático das alterações renais, cardíacas ou oculares nos primeiros 6 meses de pós-operatório, pelo que não podemos avaliar os resultados imediatos sob este aspecto. Entretanto, em 2 casos do grupo III verificamos diminuição da área cardíaca e em 2 do tipo IV verificamos também essa diminuição, associada a melhoria do fundo de olho e a estabilização da função renal.

11.ª pergunta — Quais os resultados tardios (sintomáticos, pressóricos e cardíacos, renais e oculares e no conjunto)? Respostas — Prof. Jairo Ramos: Nos resultados tardios, quanto às cifras pressóri-

cas, observamos que existe tendência a elevar-se a pressão após o 6.º mês de evolução. Assim, após 24 meses de evolução, em 13 casos observados, 2 apresentaram valores tensionais mais altos que antes da operação. Em 7 casos o abaixamento da pressão observado no 6.º mês se manteve praticamente o mesmo e em 4 casos houve elevação da pressão em níveis próximos aos observados antes da simpatectomia. Quanto às alterações eletrocardiográficas que aparecem precocemente após a operação, notamos, em alguns casos, que as curvas de sobrecarga ventricular esquerda de novo reapareceram. Resultados tardios interessantes são os que observamos nos assistólicos, pois longo tempo permanecem em boa compensação cardíaca.

Prof. Luis V. Décourt: Em conjunto, tem-se a impressão de certa melhora do estado geral, durante algum tempo, mesmo que a pressão arterial retorne aos valores antigos. Essa eventualidade representa, ao meu ver, uma situação bastante comum (80% de 10 casos estudados). Por isso, os resultados aferidos apenas pelos dados tensionais são bastante precários. Em casos favoráveis, entretanto, juntamente com a regressão das anomalias oculares (desaparecimento ou diminuição do edema, dos exsudatos e das hemorragias), ocorrem aparentes restabelecimentos da capacidade cardíaca, o que nos parece o resultado mais interessante dessa terapêutica. Os eletrocardiogramas que examinei após as intervenções mostravam alterações dificilmente julgadas. Os fatos sugerem uma redução das curvas de hipertrofia, certa percentagem de desaparecimento das anomalias primárias da onda T e, mesmo, uma aproximação do gradiente ventricular aos valores normais. Em resumo, pois, uma aparente diminuição da sobrecarga ventricular esquerda. Não possuímos, entretanto, provas seguras do valor desses resultados, desde que temos encontrado variações acentuadas da onda T e da área de QRS em hipertensos,

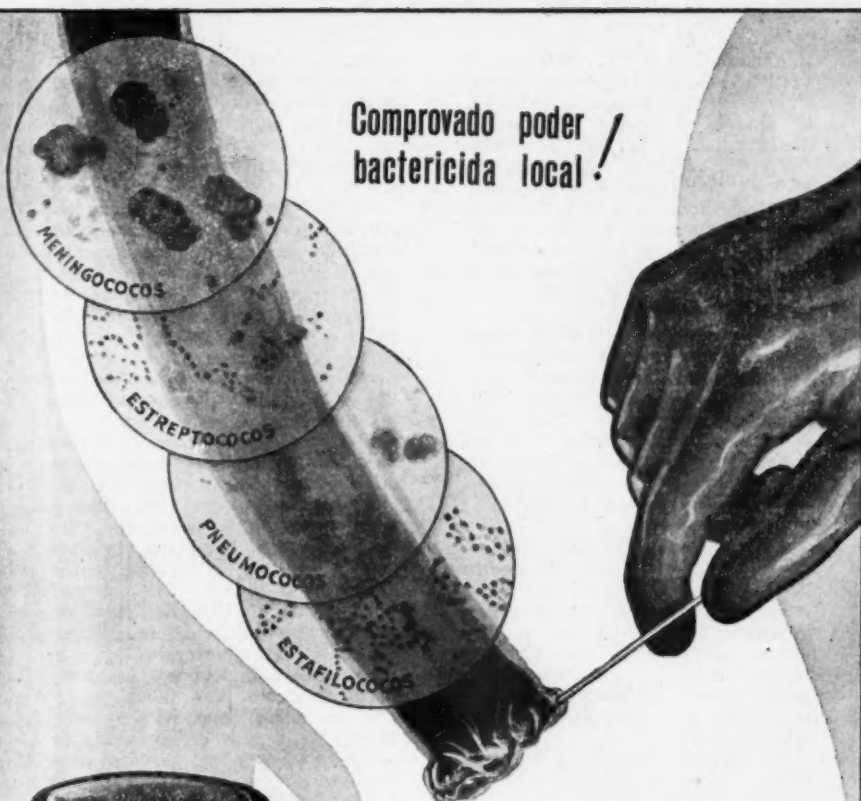
mesmo não operados, e uma tendência à volta aos valores antigos, depois de meses da intervenção. Em duas ocasiões, porém, uma insuficiência cardíaca surgiu três meses após a manipulação cirúrgica.

Dr. Nicolau Moraes de Barros Filho: Preferimos responder os itens 10 e 11 conjuntamente. Durante o período de "follow-up" ocorreram dois óbitos, um com 3 e outro com 6 meses de pós-operatório. Em ambos a morte resultou da própria moléstia hipertensiva: o 1.º teve um icto e o 2.º voltou a internar-se no hospital em franca assistolia, vindo a falecer em poucas horas. Excluídos estes casos, a nossa série de "follow-up" consta de 15 pacientes, dos quais 8 com menos de 1 ano, e 7 com mais de 1 ano de operação. Os resultados que passamos a apresentar, referem-se a esta série de 15 casos: a) Resultados sintomáticos — Em 1 caso (6,6%) não houve qualquer benefício; 11 casos (73,3%) tiveram benefício parcial, com redução no número e intensidade dos sintomas pré-operatórios; 3 casos (20%) tiveram benefício total, com o desaparecimento de todos os sintomas pré-operatórios. b) Resultados pressóricos — São mais difíceis de apreciar porque variam conforme o critério adotado. Tomando a pressão dos pacientes em ambulatório, sem nenhum repouso prévio, verificamos abaixamento da pressão (particularmente da pressão diastólica) em 6 dentre 13 casos (46%); considerando a média de diversas tomadas de pressão, depois de um período de repouso de pelo menos 1 hora, com paciente deitado, verificamos que a pressão baixou em 9 dentre 14 casos (64%); considerando a média de diversas tomadas de pressão, depois de um período de repouso de pelo menos 1 hora com o paciente em pé, verificamos um abaixamento da pressão em 12 dentre 14 casos (85%). Um abaixamento simultâneo da pressão nas três circunstâncias enumeradas acima, ocorreu em 6 casos dentre 13 (46%). Se nós convirmos, ainda que empiricamente, que o segundo critério

exposto é o menos sujeito a críticas e analisarmos mais detalhadamente os nossos resultados de acordo com esse critério, temos: em 35% dos casos (6 em 14) houve queda da pressão diastólica, não significativa, isto é, menor do que 20 mm em 21% dos casos (3 em 14) houve queda, não significativa, isto é, maior do que 20 mm, na pressão diastólica. Portanto, se aceitarmos como bom critério para julgar sobre o resultado pressórico da operação, a média de pressões diastólicas tomadas com o paciente deitado e depois de um período de repouso, podemos concluir que, em nossa experiência, de cada 5 pacientes operados apenas 1 conseguiu bom resultado. É preciso assinalar ainda que, com um período mais longo de observação, é possível e mesmo provável que esta percentagem de "bons resultados" se reduza ainda mais, porque, dos nossos 3 casos incluídos neste grupo, apenas 1 pode ser considerado como um resultado tardio, com 25 meses de observação pós-operatória, ao passo que os outros 2 ainda não têm 1 ano de "follow-up". No que se refere aos resultados cardíacos, renais e oculares, a observação de nossos casos, até este momento, ainda não permite tirar conclusões bem fundamentadas.

Dr. L. E. Puech Leão: Foram operados, nos últimos 26 meses, 22 doentes, dos quais 13 homens e 9 mulheres; 7 foram classificados no tipo I, 9 no tipo II, 4 no tipo III e 2 no tipo IV. A apreciação que se segue refere-se aos 17 casos acompanhados de 6 meses a 2 anos, excluídos, portanto, 4 doentes operados há menos de 6 meses e 1 óbito: a) Quanto aos sintomas — Sem sintomas, 13 casos (76,5%); melhorados, 3 (17,6 por cento); inalterados, 1 (5%). Quanto à pressão — Queda a níveis normais (inferior a 150-100), 4 (23,5%); queda acentuada, 2 (17,6%); queda insignificante ou nenhuma, 10 (59%). c) Quanto à função cardíaca — Melhorada, 8 (47%); inalterada, 1 (5,6%); era boa e assim continua, 8 (47%). d) Quanto à função renal — Me-

Comprovado poder
bactericida local!



SULFA + MERCUCROMO

Ação antiséptica prolongada
SEM IRRITABILIDADE!



Direção científica: **Far. FAUSTO SPINA**
Secção de Propaganda
PARQUE D. PEDRO II, 870-878
Tel. 3-5916 (Rêde interna)
SÃO PAULO

lhorada, 9 (53%); piorada, 2 (11,8%); função boa no pré-operatório e assim continua, 6 (35,2%). e) Quanto ao fundo de olho — Melhorados, 12 (71,4%); inalterados, 4 (23,5%); piorados, 1 (5,9%). f) Resultados de conjunto — Melhorados, inclusive quanto à queda da pressão, 7 (41%); melhorados, embora ainda com pressão alta, 8 (47%); inalterados, 1 (5,9%); piorados, 1 (5,9%).

12.ª pergunta — Qual a correlação entre os testes pré-operatórios e os resultados tardios? Respostas — Prof. Jairo Ramos: Não encontramos relação nítida entre os testes pré-operatórios e os resultados obtidos após a operação; não há argumento clínico seguro que faça prever o resultado futuro da simpatectomia.

Prof. Luis V. Décourt: Reportome à resposta dada ao quesito 2: "Não conheço teste clínico que possa, isoladamente, determinar a importância relativa dos componentes neurogênicos, vasculares e renais". Não encontrei relação alguma entre qualquer teste pré-operatório e o resultado final da intervenção.

Dr. Nicolau Moraes de Barros Filho: Baseados em nossa experiência pessoal e, talvez, por ser esta experiência ainda muito pequena, somos obrigados a concluir que os resultados destas operações são inteiramente imprevisíveis, pois não conseguimos estabelecer qualquer correlação entre os testes pré-operatórios (prova de mudança de posição e do frio e prova da sedação) e os resultados tardios. Portanto, em outras palavras, a nossa opinião é que os testes acima referidos são inteiramente destituídos de valor para indicação cirúrgica e para prognóstico.

Dr. L. S. Puech Leão: Nos 2 casos de fracasso, isto é, no que se manteve inalterado e no que piorou, a resposta aos testes pré-operatórios (variação postural, frio e sedação) foi má. Nos restantes a resposta foi, no geral, satisfatória, mas os resultados finais não guardaram relação com a intensidade da resposta. Isso induz

a supor, como já ficou dito, que a ausência de labilidade tensional orienta para a contra indicação, mas o seu grau de presença em pouco ou nada orienta para a indicação cirúrgica.

13.ª pergunta — Qual a sua impressão geral sobre o tratamento cirúrgico da hipertensão? Respostas — Prof. Jairo Ramos: Considerando que 53,7% dos casos de hipertensão vêm a falecer em insuficiência cardíaca e 19,2% de acidente cerebral, dentro de um período de tempo de 5 a 15 anos, temos a impressão que o tratamento cirúrgico precisa ser considerado em outras bases, com ressecções mais amplas, com outros critérios de seleção, pois tais pacientes têm evolução certa para a morte em tempo variável, que atinge a cifra de 72,9% em períodos de 5 a 15 anos de observação clínica.

Prof. Luis V. Décourt: Não sou grande entusiasta da terapêutica cirúrgica da hipertensão. É um tratamento que deve ser indicado, particularmente pela falha de todos os outros, mas não o tratamento ideal. Seus efeitos sobre as cifras da pressão me parecem quase sempre transitórios, embora seja verdade que muitas vezes a cardiopatia hipertensiva aparentemente colhe benefícios. De qualquer forma, os resultados tendem a ser menos favoráveis à medida que se alonga o tempo de observação dos operados. Deve ser julgada, então, como terapêutica paliativa e nunca como curativa da hipertensão.

Dr. Nicolau de Moraes Barros Filho: Achamos que o tratamento cirúrgico da hipertensão é um tratamento violento, pois exige do paciente grande sacrifício financeiro, físico e psíquico; empírico, pois desconhecemos suas bases fisiopatológicas e não sabemos nem precisar suas indicações nem prever seus resultados; paliativo pois que a experiência acumulada já permite afirmar que a simpatectomia não realiza uma terapêutica etiológica e portanto não pode "curar" a hipertensão. Apesar de todas essas restrições, o tratamen-

Vitamina B¹²



+ Fígado e Vitaminas
B¹, B², B⁶



= DOZEBION

LABORATORIO BIO-NEVRON LTDA.
SÃO PAULO

DOZEBION

Cada ampola de liquido rosado contém:

Vitamina B ¹²	20 microgramas
Soluto fisiologico q.s.p.	1 cm ³

Cada ampola de liquido escuro contém:

Extrato de figado integral concentrado a	
1:25 a baixa temperatura	0,50 cm ³
Vitamina B ¹ (Cloridrato de Tiamina) ..	50 miligs.
Vitamina B ² (Riboflavina)	5 "
Vitamina B ⁶ (Piridoxina)	10 "
H ₂ O q.s.p.	1 cm ³

A Vitamina B¹², é hoje, sem a menor dúvida, a arma mais poderosa de combate à anemia perniciosa e às varias formas de anemias macrocíticas hipercromicas, que por longo tempo constituíram um quadro mórbido de prognostico sombrio e de tratamento dificil e incerto.

Este novíssimo princípio ativo, entretanto, ainda é suscetível de mais amplas aplicações terapêuticas, cujos limites vão sempre mais se alargando. É aconselhavel, pois, o emprego desta vitamina, não apenas no limitado quadro das anemias hipercromicas macrocíticas, mas, tambem, em outras formas de alterada crase sanguínea, causa ou consequência de numerosos quadros patológicos de recorrência muito comum e frequente. De fato, se a anemia perniciosa constitue uma síndrome grave, de outro lado, felizmente a sua incidência é rara, ao passo que a quase totalidade das anemias que requerem a obra do clínico, são as do tipo hipocromico microcítico, tais como as inumeras formas de anemia secundária, da mais variada origem.

Deve-se, pois aproveitar os recursos do poderoso princípio ativo estimulante da hematopoiese, representado pela Vitamina B¹², tambem nas variedades de anemia, diferentes das hipercromicas macrocíticas, e muito mais comuns.

Doutro lado, não há motivos para não se associar à Vitamina B¹², no tratamento das formas hipercromicas, tambem os outros fatores terapêuticos antianêmicos, contidos nos extratos de figado integral, e as vitaminas

do complexo B. A excessiva purificação dos extratos de fígado elimina tais fatores coadjuvantes de grande valôr, e reduz a limites muito restritos a sua ação terapêutica.

Eis porque na fórmula do DOZEBION foram associados:

- 1) a VITAMINA B¹² em dose terapêutica elevada (20 microgramas por ampôla);
- 2) uma preparação de FÍGADO INTEGRAL CRÙ, (concentrado a baixa temperatura por método especial, que garante a conservação total de todos os elementos, que o fígado é capaz de elaborar e armazenar na sua complexa e insubstituível atividade fisiológica;
- 3) as principais vitaminas do complexo B (TIAMINA, RIBOFLAVINA E PIRIDOXINA).

O extrato de fígado integral é uma fonte extraordinariamente rica de complexo B, e seu emprego é indispensável para se obter a remissão dos sintomas de carência deste complexo (*Spies e Butt- Diseases of metabolism - 1942*). O seu emprego parenteral é particularmente aconselhado, quando a absorção pelas vias digestivas está comprometida, o que sempre se verifica nos portadores de anemias, que sofrem de aquilía e consequente falta de apetite. Reforçando o extrato integral de fígado com as principais vitaminas do complexo B, aumenta-se a rapidez de ação do extrato e melhora-se grandemente o prognóstico.

Entre as vitaminas do complexo B, foram escolhidas para a fórmula do DOZEBION, as de maior valôr no tratamento das síndromes anêmicas.

Em primeiro lugar, a *Tiamina (Vitamina B1)* que regulariza as funções neuro-vegetativas, melhora o metabolismo dos hidratos de carbono, aumenta o apetite e aumenta a resistência à fadiga. É fator indispensável para um eficaz tratamento das síndromes anêmicas.

A *Riboflavina (Vitamina B2)* é responsável pelo normal crescimento corpóreo, e regulariza as funções dos tegumentos (pele, mucosas).

A *Piridoxina (Vitamina B6)* cada vez mais demonstra-se indispensável no tratamento das síndromes de carência do complexo B. Sua ação é revelada particularmente no trofismo do sistema piloso, na regularização das funções nervosas do sistema vegetativo, no normal funcionamento do aparelho digestivo.

Estas diferentes vitaminas do complexo B, completam-se reciprocamente e sua carência provoca sintomas graves, comprometendo a eficácia do tratamento.

É preciso lembrar que o clássico binômio: "Fígado + Complexo B", continua constituindo o mais eficaz meio de tratamento, não somente dos estados anêmicos, mas, também, de todas as formas de inferioridade fisiológica, diminuição dos poderes de defesa orgânica e deficiências nutritivas primárias ou secundárias, tais como as consequentes a moléstias infecciosas, agudas ou crônicas, desnutrição, excesso de trabalho, etc..

Na preparação do DOZEBION, a Vitamina B¹² foi preparada isoladamente em ampôlas separadas das que contém o fígado e as vitaminas do complexo B.

Foi dada preferência à dose de 20 microgramas por ampôla, que é a dose terapêutica mais vantajosamente empregada atualmente. (A necessidade média diária de Vitamina B¹² por parte do organismo normal é de 3 a 8 microgramas).

A separação em duas ampôlas, além de garantir a perfeita conservação da Vitamina B¹², permite outrossim ao médico orientar o tratamento na forma que julgar mais conveniente.

INDICAÇÕES

DOZEBION é indicado tanto para o tratamento das diferentes formas de anemia macrocítica hipercromica (anemia perniciosa, Sprue tropical, Anemia macrocítica nutritiva), quanto em todas as outras formas de anemia microcítica hipocromica, que são as mais frequentes e comuns, tais como todas as anemias secundárias, de origem tóxica ou infecciosa, as anemias profissionais, as devidas a verminose, deficiência de nutrição, carência vitamínica, etc.

DOZEBION é indicado, outrossim, no tratamento dos estados de desnutrição, nas deficiências de crescimento e nas convalescenças.

POSOLOGIA

Uma ampola rosada e uma escura, misturadas na mesma seringa, diariamente, por via intramuscular, preferivelmente na região glútea.

As duas ampolas podem também ser usadas separadamente, no mesmo dia, ou em dias alternados, de acordo com o critério do clínico.

Nos casos graves e urgentes estas doses podem ser aumentadas sem inconvenientes.

As crianças de 5 a 6 anos em diante podem tomar as mesmas doses que os adultos.

As crianças de idade menor podem tomar a ampola de Vitamina B¹² inteira e uma quantidade menor do conteúdo da ampola escura.

Cxa. com 5 amp. de Vitamina B¹² e

5 " de extr. de fígado e Vit. B¹, B² e B⁶.

LABORATORIO BIO-NEVRON LTDA.

RUA PEDRO DE TOLEDO, 519 - CX. POSTAL  - TEL. 7-8111

SÃO PAULO 718

to cirúrgico ainda tem um lugar no arsenal terapêutico de hipertensão, lugar que lhe é assegurado pela comprovada ineficiência das outras formas de tratamento, mas, nestas condições, as suas indicações devem sofrer uma restrição e o seu emprego, a título experimental, deve ficar reservado aos ambientes bem aparelhados para a pesquisa, de modo a que se possa tirar, do estudo dos casos operados, o máximo de proveito, principalmente no sentido de se aperfeiçoarem os métodos de indicação operatória e de prognóstico.

Dr. L. E. Puech Leão: O tratamento cirúrgico da hipertensão é evidentemente paliativo. Como tal constitui um recurso valioso de terapêutica, sendo mesmo o que mais rápida e duradouramente proporciona alívio dos sintomas e retarda a evolução da moléstia. Os resultados pressóricos são quase sempre desapontadores, pelo menos depois de algum tempo, mas a maioria dos doentes operados livra-se dos sintomas e sente-se bem; as lesões renais, cardíacas e oculares regredem parcialmente ou se estabilizam por longo tempo, dando assim a impressão de ter sido pôsto em funcionamento algum mecanismo oculto de adaptação do organismo à pressão elevada, ampliando as perspectivas de sobrevida. O relativo pessimismo que hoje se seguiu ao excessivo otimismo dos primeiros entusiastas dessa cirurgia decorre menos da observação dos fatos do que da tendência que se tem de associar a idéia de tratamento cirúrgico com a de cura ou alívio permanente. Não se cura a hipertensão com a cirurgia, como não se cura com a clínica. Mas, onde esta falha, evoluindo rapidamente a moléstia, apesar de bem tratada, impõe-se a cirurgia, pelo menos até que tenhamos outro tratamento melhor.

Comentários — Dr. Ruy Escorrel Ferreira Santos: Desejo perguntar se os efeitos da dieta de arroz podem-se beneficiar após a simpatectomia, isto é, se um hipertenso que não havia respondi-

dido bem à dieta do arroz, poderá fazê-lo após a operação. Perguto, ainda que efeitos poderá ter a simpatectomia sobre a utilização do sódio e sua eliminação.

Prof. Luis V. Décourt: Não posso responder de modo positivo à primeira pergunta. Nos casos em que os níveis da pressão arterial se elevaram novamente após a simpatectomia, tenho a impressão que os resultados obtidos com quaisquer regimes são similares. Os meus doentes, em geral, só eram enviados à cirurgia após algum tempo de uso da dieta de arroz e quando já apresentavam diminuição da tolerância a ela. No período posterior, a ação hipotensora pareceu-me comparável à da fase pré-operatória. Essa é, entretanto, apenas uma impressão clínica que tenho. A segunda pergunta é de ordem meramente especulativa. Como poderemos ligar os efeitos da simpatectomia aos dos regimes sem sódio? Naturalmente, o problema está longe de ser resolvido. Creio, entretanto, que há um raciocínio teórico que pode satisfazer no momento. Aparentemente, os resultados da simpatectomia encontram explicação no bloqueio dos estímulos responsáveis pelo tono vasoconstritor dos vasos, embora a camada muscular lisa das artérias possa manter uma tonicidade autônoma, mesmo desprovida de toda a influência nervosa. O papel da adrenalina não é conhecido em toda a extensão, porém, sua importância é real. Os hipóteses do aumento do leito muscular, pela vasodilatação esplâncnica, ou da melhora da irrigação renal, não parecem satisfatórias. Por outro lado, sabemos que o metabolismo do sódio está intimamente ligado a certos hormônios do córtex supra-renal, principalmente a desoxicorticosterona, que interfere na retenção daquele cation e da água pelo organismo. Ora, admite-se, hoje, que a medula glandular pode estimular a parte cortical, de modo que assim o ciclo se fecha. Desta forma, estímulos simpáticos repetidos, agindo através da medular, acarretariam também um exagêro na pro-

dução de determinadas corticosteronas, isto é, dos hormônios do sal e da água, com consequente aumento da pressão arterial. As intervenções cirúrgicas agiriam na primeira ou segunda fase do processo, anulando os fatores neuro-

gênicos, simpáticos, e a dieta de arroz, no elo terminal da retenção sódica. O ciclo, entretanto, seria sempre o mesmo. Trata-se, naturalmente, de mera especulação, embora os fatos pareçam apresentar-se desta forma.

Outras Sociedades

Associação Paulista de Medicina, Departamento de Anestesiologia, sessão de 8 de fevereiro de 1951, ordem do dia: a) posse da diretoria que ficou constituída pelos: drs. Luiz Fernando Rodrigues Alves, presidente, e Caio Pinheiro e Alberto Caput, secretários; b) "Comentários sobre os diversos tipos de Fluxômetros usados em anestesia", pelo dr. Kaitaro Tahaka; c) apresentação de filme sobre Eletronarcose.

—, Departamento de Cirurgia, sessão de 13 de fevereiro de 1951, ordem do dia: 1.º) Posse da nova diretoria para o corrente ano, que ficou assim constituída: presidente, dr. Americo Nasser; 1.º secretário dr. Edwin B. Montenegro; 2.º secretário, dr. Claudio Oscar Bellio; 2.º) — dr. Arthur Domingues Pinto — Tratamento cirúrgico da coarctação da aorta (com apresentação de um filme). 3.º) — dr. Ary do Carmo Russo — Hernia diafragma traumática. Evisceração intra-torácica do fígado.

—, Departamento de Demartologia, sessão de 15 de fevereiro de 1951, ordem do dia: 1.º) Posse da nova diretoria que ficou assim constituída: presidente, dr. Luiz Batista; 1.º secretário, dr. Ruy Piazza; 2.º secretário, dr. José Martins Barros. 2.º) dr. Ulisses Mota de Aquino — (convitado) Lesões osseas da bouba. 3.º) drs. Hoxter Gunter, Luis Batista e L. L. Vellini — Estudo eletroforetico nas infecções crônicas (fatos observados nas formas clínicas da leprose).

—, Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, sessão de 28 de fevereiro de 1951, ordem do dia: 1.º) Posse da diretoria para o corrente

ano, assim constituída: presidente, dr. Arthur Wolff Neto; 1.º secretário, dr. Fernando Mendes Pereira, 2.º secretário, dr. Arthyr de Almeida. 2.) dr. Paulo S. Goffi — O levantar precoce em obstetrícia. 3.º) dr. Carlos Alberto Salvatore — Considerações sobre o ciclo histológico do ovário.

—, Departamento de Gastroenterologia e Nutrição, sessão de 28 de fevereiro de 1951, ordem do dia: 1) Relação hepato-mielo-esplênicas — dr. José Barros Magaldi.

—, Departamento de Higiene e Medicina Tropical, sessão de 2 de fevereiro de 1951, ordem do dia: 1) Posse da nova diretoria; 2) Contribuição ao levantamento carta de triatomídeos no Estado de São Paulo — drs. J. A. Bitencourt da Fonseca, Anísio Ribeiro de Lima, Tuffi Aron, Camilo de Sá Pereira Passalacqua, Astrogildo Osorio e Atos Procopio de Oliveira. 3) Os triatomíneos do Estado de São Paulo, seu papel na transmissão da molestia de Chagas — dr. Renato R. Corrêa; 4) Sobre o A. (K) Cruzei e A. (K) Lanenues (Diptera-culicidae) — drs. Mauro Barreto e José de O. Coutinho.

—, Departamento de Medicina, sessão de 14 de fevereiro de 1951, ordem do dia: 1) Posse da diretoria; 2) Simpósio sobre o tema: Contribuição do cateterismo cardíaco para o progresso da cardiologia. Relatores — dr. Italo Domingos Le Voci, Hemodinâmica em condições normais e na insuficiência cardíaca; dr. Reynaldo Marcondes — Cardiopatias congênitas; dr. Emilio Barbato — Eletrocardiografia intracavitária.

“INTRAIT” DE CASTANHA DA INDIA**DAUSSE****VARIZES - FLEBITES - HEMORRÓIDES****DOSES DIÁRIAS****FORTES****100 à 600 gôtas**

Crises hemorroidarias agudas
Úlceras varicosas
(Para serem usadas nos
normotensos)

FRACAS**10 à 20 gôtas**

Para
as demais
indicações

“INTRAIT” DE VALERIANA**DAUSSE****SEDATIVO VEGETAL****2 à 3 colheres das de chá por dia.**

Fabricado no Brasil com licença especial dos Lab. Dausse — Paris - França
pelos Laboratórios Enila S. A., Rua Riachuelo, 242 - Caixa Postal 484 - Rio.
Filial: Rua Marques de Itu, 202 - São Paulo.

—, Departamento de Neuro-psiquiatria, sessão de 9 de fevereiro de 1951, ordem do dia: 1) Posse da nova diretoria; 2) dr. Gecel L. Sztterling — Os modernos preparos sintéticos no tratamento do alcoolismo crônico; 3) dr. Roberto Melaragno Filho e dr. Moysés Cutin — Pneumotocele extradual por osteoma do seio frontal; 4) dr. Carlos de Luccia e J. Lamartine de Assis — Melanoma primário da cauda equina.

—, Departamento de Otorrinolaringologia, sessão de 19 de fevereiro de 1951, ordem do dia: a) Posse da nova diretoria; b) Complicações neurológicas dos ostemas dos seios paranasais — drs. Moysés Cutin e Roberto Melaragno Filho; c) Ororragias do ovário — Prof. Paulo Mangabeira Albemaz.

—, Departamento de Patologia, sessão de 16 de fevereiro de 1951, ordem do dia: 1) Posse da nova diretoria; 2) Alterações produzidas pelo A.C.T.H. e Cortisone em condições normais e patológicas — Prof. Antônio Barros de Ulhôa Cintra.

—, Departamento de Pediatria, sessão de 12 de fevereiro de 1951, ordem do dia: 1) Posse da diretoria; 2) dr. José Reynaldo Marcondes — Terapêutica da febre reumática.

—, Departamento de Proctologia, sessão de 1.º de fevereiro de 1951; b) Estado atual da radiologia em proctologia — dr. José Moretzsohn de Castro.

—, Departamento de Radiologia, sessão de 22 de fevereiro de 1951, ordem do dia: 1.º) Posse da nova diretoria; 2.º) drs. L. E. Puech e Camilo Gaspar de Almeida — Um metodo para a obtenção de flebogramas dos membros inferiores. Sua aplicação ao estudo das sequelas pos-fletíticas. 3.º) dr. M. Roxo Nobre — Impressões sobre o último Congresso Internacional de radiologia de Londres.

—, Departamento de Tisiologia, sessão de 23 de fevereiro de 1951, ordem do dia: 1) Eleição da nova diretoria; 2) dr. Eduardo Etzel —

Drenagem cavitária. 3) dr. Nogueira Martins — Considerações sobre a XI Conferência da União Internacional contra a Tuberculose de Copenhagen. 4) dr. Amaury Louzada Veloso — Sobre um novo modelo de aparelhos de pneumotorax.

—, Departamento de Urologia, sessão de 27 de fevereiro de 1951, ordem do dia: 1) Posse da nova diretoria; 2) dr. Atayde Pereira — Distorsões do rim; 3) dr. Darcy Vilella Itiberé — Tumor de Willis em adulto.

Centro de Estudos Franco da Rocha, sessão de 28 de fevereiro de 1951, ordem do dia: 1) Relatório sobre a visita ao Instituto de Psicoterapia de Berlim — dr. Spartaco Vizzotto; 2) A obra de Ramon y Cajal em Neuroftalmologia — dr. Adolfo Souza Grotá.

Centro de Estudos Médicos do Serviço de Tuberculose, sessão de 24 de fevereiro de 1951, ordem do dia: 1) Entrega do prêmio Ivan Souza Lopes, 1950, ao dr. Cyro de Lauro Junior pelo trabalho: Tuberculose e estado gravido puerperal — drs. José Rosemberg, Roberto Brandi e Jamil N. Aun — Síntese e atualização dos problemas da estreptomycina-resistência.

Centro de Estudos de Oftalmologia, sessão de 13 de fevereiro de 1951, ordem do dia: 1) dr. Gino Berretini — Patologia da Conjuntiva; 2) dr. Renato Roledo — Anatomia e fisiologia do sistema nervoso.

—, sessão de 28 de fevereiro de 1951, ordem do dia: 1) Sinais intra-oculares do diabetes — dr. Arthur J. Bedell.

Hospital Juqueri, sessão de 17 de fevereiro de 1951, ordem do dia: 1) Oligofrênia — Tuberculose ganglionar; 2) Esquizofrenia-Megacolon; 3) Pneumonia lobar — Meningite purulenta; 4) Esquizofrenia — Hemorragia suprarrenais; 5) Molestia de Addison. Exposição clínica a cargo dos drs. Novelo Filho, Jairo de Andrade e Silva, Moacir Jorge e Collet e Silva.

RINO - STEG



RINO-STEG reúne três elementos de máxima atividade

- O ANTIBACTERIANO = TIOTRICINA
- O DESCONGESTIONANTE = DL-DESOXIEFEDRINA
- O "ESTERILIZADOR DO AR" = PROPILENOGLICOL

NO TRATAMENTO DAS
RINITES - SINUSITES



LABORATÓRIO SINTÉTICO LTDA.
Rua Tamandaré, 376 — Fone, 6-4572
SÃO PAULO

PROFENAMIN COMPOSTO



AMPÓLAS

COMPRIMIDOS

SUPOSITÓRIOS

PROFENAMIN COMPOSTO alia em sua fórmula três elementos de efeito decisivo no combate às síndromes dolorosas.

- I ANTISPASMÓDICOS = PROFENAMIN
NOVATROPINA
- II ANALGÉSICO = DIMETIL - AMINO - ANTIPIRINA
- III SEDATIVOS = DERIVADOS DA MALONILUREIA

PROFENAMIN COMPOSTO não é entorpecente.

INDICAÇÕES:

Cólicas hepáticas, nefréticas, vesicais, dismenorréia, pré e pós operatória, dores dos cancerosos, síndromes dolorosas do trato genito-urinário, ameaças de aborto, dores sub-intrantes do parto, enxaqueca.



LABORATÓRIO SINTÉTICO LTDA.

Rua Tamandaré, 376 — Fone, 6-4572

SÃO PAULO

—, sessão de 24 de fevereiro de 1951, ordem do dia: 1) Cirrose hepática esquistossômica; 2) Confusão mental — Uremia. 3) Esquizofrênia — Insuficiência cardíaca. Exposição clínica a cargo dos drs. Antônio Carlos Barreto, Jairo de Andrade e Silva.

Maniconio Judiciário, sessão de 24 de fevereiro de 1951, ordem do dia: 1) Homicídio. Epilepsia — dr. Tarciso Leonce Pinheiro Cintra; 2) Lesões Corporais. Síndrome parapoide — dr. Raphael de Mello Alvarenga; 3) Homicídio. Alcoolismo crônico — dr. Maurício do Amaral; 4) Incendiário. Psicose maniaco-depressiva — dr. Ernani Bernardinelli.

Sociedade Brasileira de Entomologia, sessão de 28 de fevereiro de 1951, ordem do dia: 1) Prof. Salvador da Toledo Piza Jr. Não existe nova sistemática; 2) Reprodução do programa radiofônico "Honra ao Mérito", em que foi homenageado o entomologista Romualdo Ferreira de Almeida.

Sociedade Médica São Lucas, sessão de 14 de fevereiro de 1951, ordem do dia: 1) Tratamento das aneurismas pelo emprego do celofane — dr. Paulo G. Bressan; 2) Aneurisma intravenoso — dr. Cabelo Campos; 3) O germe do câncer — dr. Almeida Prado; 4) A síncope branca durante a anestesia — dr. Moacyr Boscardin.

—, sessão de 28 de fevereiro de 1951, ordem do dia: 1) Posse da nova diretoria. 2) Relatório do presidente; 3) Morte durante anestesia — dr. Moacyr Boscardin. 4) Tumores duros do ovário — prof. Constantino Mignoni.

Sociedade Medicina e Cirurgia de São Paulo, sessão de 15 de fevereiro de 1951, ordem do dia: 1) dr. José Dutra de Oliveira — Manifestações oculares nas disvitaminoses. 2) dr. Francisco Pompeu do Amaral — Endemia de amebíase em São Paulo e o bócio endêmico e o uso obrigatório do sal iodado.

IMPrensa MÉDICA

Sumário dos últimos números

Anais do Instituto Pinheiros, Vol. XIII, n.º 26, julho de 1950. Um outro caso de bicefalia em serpente — Pereira, Annibal A.; A terapêutica hepato-protetora — Van Der Reis V.; Considerações sobre os efeitos nocivos exercidos pela administração de grandes doses de vitamina B1 e a possibilidade de evitá-las — Van Der Reis, V. e Campos, H. V.; Nova e importante indicação para o emprego do fator vitamínico PP. Surto de progresso na terapêutica das hepatopatias agudas — Van Der Reis V.; Cultivo dos fungos. Isolamento de cogumelos patogênicos de animais domésticos e silvestres e de vegetais. Fungos em alimentos — Lacaz, C. S.; Queda da imunidade anti-tetânica em cavalos após san-

grias — Guidolin, R. e Corrêa, A.; Soroalbuminas equina e bovina para diluição de sôros anti: Rh. I Considerações gerais. II Técnica de preparo. — Ferri, Rubens e Lacaz, C. S.; Estudos comparativos entre o princípio coagulante de veneno botrópico e da trombina. IV. Ação aceleradora das substâncias fenólicas sobre o efeito coagulante do veneno de Bothrops atrox — Jánszky, B; Servio antirrábico descentralizado do Instituto Pinheiros. Estatística do ano de 1949 — Pereira, Arnaldo.

Arquivos de Biologia — Ano XXXIV, n.º 299, setembro-outubro de 1950. O dissulfeto tetraetiltiurâmico como béquico — Mario Fonzari; Novos métodos de dosa-

gem de tiosemicarbazonas — Quirino Mingoja e Riva Moscovici — Sobre provas para bloqueadores anti-Rh — F. Ottensooser; Novos derivados do ácido para-aminosalicílico — Paulo Carvalho Ferreira; Verificação clínica e comparação por meio de exames de laboratório da ação terapêutica das piretrinas I e II, sobre diferentes parasitoses intestinais — Oswaldo Hellmeister e Moacir de Padua Vilella.

Arquivos de Biologia, Vol. XXXIV, n.º 300, novembro-dezembro de 1950. Ensaio microbiológico da atividade vitamínica B12 de alguns materiais biológicos — Henrique Tastaldi; Derivados hidrossolúveis da rutina — Walter Hartwich.

Revista Bibliográfica "Torres", Vol. 2, n.º 3, novembro de 1950. Absorção da Vitamina A.

Pediatria Prática, Vol. XXI, Fac. n.º 5, setembro-outubro de 1950. Hemorragias intercranianas do recém-nascido — João M. da Silva Ferreira e Luiz A. Corrêa Costa; Sinusite na infância — Moysés Cutin; A difteria no sangueiro — Orlando Parahym.

Resenha Clínico-científica, Ano XX, n.º 4, janeiro de 1951. Contribuições da enzimologia à moderna pesquisa farmacológica — Aldo Cestari; O problema da parkinsonismo — Walter O. Klingman; Colecistopatias na infância (A margem de algumas constatações clínicas — Alvaro Murce.

Revista Brasileira de Leprologia, Vol. 18, n.º 4, dezembro de 1950. Ação dos colóides electro-negativos sobre a evolução da lepra murina. — Drs. A. S. Mauri e W. A. Hadler; Hipertrofia e ptose do lóbulo da orelha na lepra. Correção plástica. — Dr. Roberto Farina. État actuel de L'expérimentation de nouvelles thérapeutiques de la lepre. (Thiosemicarbazone — Suspensions huileuses de D.D.S.) Dr. J. Schneider. Vantagens de coloração pelo método de Gram-Weigert dos cortes de lesões lepromatosas — Drs. H. Portugal e Rubem D. Azulay.

Revista de Medicina e Cirurgia de São Paulo, Vol. XI, n.º 1, janeiro de 1951. Tática das tireoidectomias sub-totais — Dr. Sebastião Hermeto Junior; Sarcoma da escapula escapulectomia total — Dr. Wilson Fry; As indicações da tireoidectomia total no hipertireoidismo (1) — Dr. Sebastião Hermeto Junior.

Revista Paulista de Medicina, Vol. 38, n.º 1, janeiro de 1951. Reparação das perdas de substância da falange por transplante de pelo palmar — Dr. Fábio Schmidt Goffi. Carcinoma papilífero primitivo do uréter. — Dr. Augusto Amélio da Mota Pacheco. Novos dados estatísticos sobre a incidência do fator Rh na cidade de São Paulo (Brasil). — Dr. Carlos da Silva Lacaz. Abscesso do baço em paciente com moléstia mitral e fibrilação auricular. Drs. Bernardino Tranchesi, Israel Nussenzeig, João Tranchesi, Marcos F. Lion, e Mário R. Montenegro.

VIDA MÉDICA DE SÃO PAULO

Sindicato dos Médicos

Posse da nova diretoria — Em sessão solene realizada no dia 13 de Fevereiro, na sede do Sindicato dos Médicos de São Paulo, tomou posse a nova diretoria daquela entidade, para o bienio 1951-52. A sessão foi presidida pelo dr. José

Morais de Camargo, presidente do Sindicato que, depois de declarar abertos os trabalhos, determinou fossem lidos os relatórios das atividades da entidade, através dos departamentos que a constituem. Foram apresentados os relatórios

BEGLUCIL

VITAMINA B1 - GLICOSE - VITAMINA C

Ampolas de 10 e 20 cm³

Fórmula e processo de fabricação patenteados sob n.º 29.269

NORMAL

Cada 10 cm³ contem:

Vitamina B1 0,005 g: 1.650 U.I.
Vitamina C 0,05 g: 1.000 U.I.
Cloridrato de cisteína 0,01 g
Glicose a 50%

FORTE

Cada 10 cm³ contem:

Vitamina B1 0,0125 g: 4.125 U.I.
Vitamina C 0,25 g: 5.000 U.I.
Cloridrato de cisteína 0,01 g
Glicose a 50%

25%

Cada 10 cm³ contem:

Vitamina B1 0,0125 g: 4.125 U.I.
Vitamina C 0,25 g: 5.000 U.I.
Cloridrato de cisteína 0,01 g:
Glicose a 25%

Feliz associação das Vitaminas B1 e C ao soluto de glicose a 50% e 25%. Soluto estabilizado por processo científico, que mantém todas as propriedades das vitaminas, sem perigo de intolerância ou choque. pH fixo. Conservação indefinida.

INDICAÇÕES — Úlcera gastro-duodenal. Polinevrites. Dores anginosas. Herpes. Doenças infecciosas. Afecções pulmonares. Perturbações do metabolismo dos hidratos de carbono e das gorduras e suas consequências. Gripe. Pneumonia.

MODO DE USAR — 1 injeção diária, intravenosa.

APRESENTAÇÃO — Caixa com $\left\{ \begin{array}{l} 5 \text{ ampolas de } 10 \text{ cm}^3 \\ 5 \text{ ampolas de } 20 \text{ cm}^3 \end{array} \right.$

Hospitalares com 25 e 50 ampolas

LABORATÓRIO XAVIER

JOÃO GOMES XAVIER & CIA. LTDA.

Rua Conde do Pinhal, 52 — Rua Tamandaré, 553

SAO PAULO — BRASIL

DEPÓSITOS: $\left\{ \begin{array}{l} \text{Rio de Janeiro} \\ \text{Porto Alegre} \\ \text{Belo Horizonte} \end{array} \right.$

REPRESENTANTES NOS DEMAIS ESTADOS

Consultores científicos:

Prof. Dr. DORIVAL DA FONSECA RIBEIRO e Prof. Dr. GENESIO PACHECO

da secretaria, pelo dr. Angelo Candia; da tesouraria, pelo dr. João Batista Bernardes Lima e do Departamento Jurídico, pelos drs. Narciso de Sousa Riba e Julio de Scatimburgo. Usaram da palavra

o dr. José Morais de Camargo, que saudou a nova diretoria e declarou seus meobros empossados e o professor Antonio Carlos Pacheco e Silva, presidente eleito, agradecendo.

Maternidade de São Paulo

Prêmios — A Maternidade de São Paulo, no intuito de incentivar estudos de Obstetrícia, resolveu instituir um prêmio no valor de Cr\$ 5.000.00, a ser distribuído biennialmente, pelo Centro de Estudos da mesma Maternidade.

Os trabalhos deverão ser entregues à secretaria do referido Centro até 19 de junho dos anos ímpares, sendo o prêmio entregue ao vencedor, em sessão solene, no dia 19 de setembro seguinte.

Os requisitos exigidos são os seguintes: a) os trabalhos poderão ser individuais ou em colaboração; b) deverão ser inéditos, escritos em português e datilografados em espaço duplo; c) os trabalhos serão assinados com pseudônimo e

acompanhados de envelope com o pseudônimo e o título; d) o autor deve ser formado em medicina, com o diploma devidamente registrado no Departamento Nacional de Saúde; e e) o trabalho versará exclusivamente sobre obstetrícia.

A comissão julgadora será composta de três membros: um do corpo clínico da Maternidade; um indicado pela Associação Paulista de Medicina; e um indicado pela Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo.

Os interessados poderão obter maiores esclarecimentos com o secretário do Centro de Estudos da Maternidade de São Paulo, rua Frei Caneca, 1351.

Escola Paulista de Medicina

Prêmios recebidos em 1950 — A Escola Paulista de Medicina obteve três prêmios da Academia Nacional de Medicina, referentes ao ano passado.

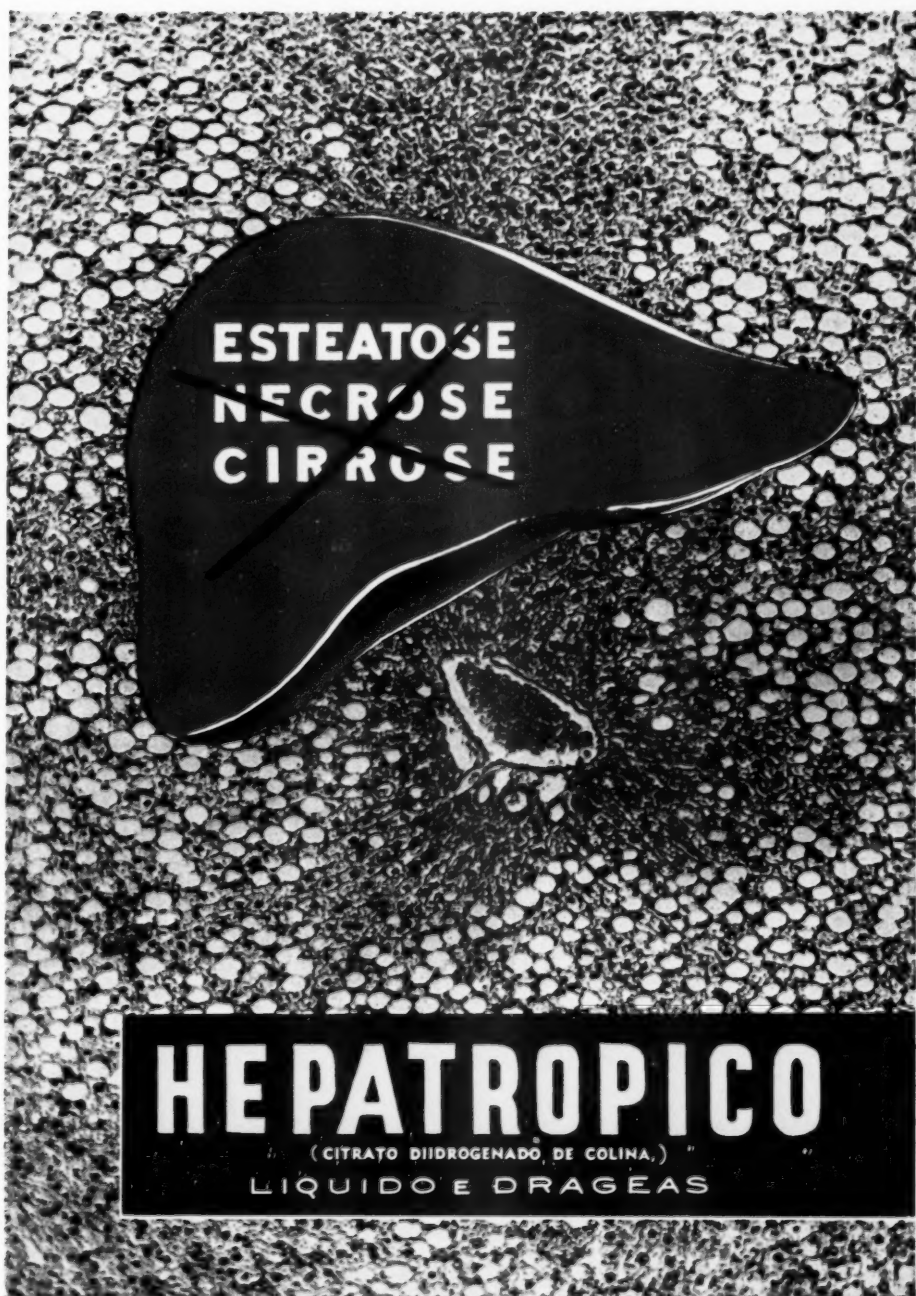
São os seguintes os professores, médicos e assistentes laureados:

Prêmio Miguel Couto "Contribuição ao estudo da circulação colateral na síndrome de obstrução do sistema venoso cava superior", pelos drs. Horacio Kneese de Melo, Sergio Vilaça Braga, Ernesto Azevedo e Victor Schuhsky.

Prêmio Academia — "Tratamento cirúrgico da hipertensão arterial", profs. Jairo Ramos, Euríclides de Jesus Zerbini, Silvio Carvalhal Augusto Silveira Mascarenhas, Luis Losso, Helio Pucci e Magid lones.

Prêmio Azevedo Sodré — "Aspectos do cateterismo intracardiaco e da angio-cardiografia no diagnóstico da persistência do canal arterial e da comunicação interauricular", dr. Italo D. Le Voci.

No reumatismo - Banhos de Radon



HEPATROPICO

(CITRATO DIIDROGENADO DE COLINA.)

LIQUIDO E DRAGEAS

LABORATÓRIOS BIOSINTÉTICA S. A.

Praça Olavo Bilac, 105

—

São Paulo

HEPATRÓPICO

XAROPE (Inodoro e de sabor agradável)
Citrate diidrogenado de colina
Proteolizado integral de Fígado —
Niacinamida

DRÁGEAS
Bitartrato de Colina — Proteol-
izado integral de Fígado —
Niacinamida

- 1) - **INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA DE ORIGEM ALIMENTAR, TÓXICA OU INFECCIOSA,**
- 2) - **COMO ANTITÓXICO E DESINTOXICANTE,** acompanhando os tratamentos que podem alterar o parênquima hepático, tais como as sulfanilamidas, os antiúricos, bismúticos, vermífugos, barbitúricos, antiprotozoários, etc.;
- 3) - **NO PRÉ E POST-OPERATÓRIO,** contra a ação nociva dos anestésicos e analgésicos;
- 4) - **NAS AFECÇÕES DAS VIAS BILIARES** (colecistite, icterícia, calculose);
- 5) - **NAS NEFROSES,** especialmente a nefrose lipoidica;
- 6) - **NA CIRRÓSE HEPÁTICA,** especialmente nas formas hipertróficas;
- 7) - **COMO REFORÇANTE À AÇÃO DA INSULINA,** cuja administração pode então ser reduzida no tratamento do diabetes;
- 8) - **NA ESTEATOSE HEPÁTICA** que sempre acompanha as **FORMAS NEOPLÁSTICAS DO APARELHO DIGESTIVO** e, em geral, dos órgãos abdominais.
- 9) - **NO ALCOOLISMO CRÔNICO,**
- 10) - **NAS TOXEMIAS DA GRAVIDEZ,**

D O S E S

Em todos os casos mencionados, com exceção do 5 e 6, será suficiente a dose diária de 2-3 colheres das de sobremesa, em meio copo de água, ou 8-10 drágeas.

LABORATÓRIOS BIOSINTÉTICA S. A.

Praça Olavo Bilac, 105 — Telefone 52-6910 — SÃO PAULO

RIO
R. Buenos Aires, 17, 1.^a
Fone: 43-9161

BELO HORIZONTE
R. Rio de Janeiro, 195, 1.
Fone: 2-5097

CURITIBA
R. Ermelino de Léo, 349
Fone: 4637

Associação Paulista de Medicina

Na sede da Associação Paulista de Medicina, o Dr. Hilary Koprowski, diretor-assistente dos Laboratórios Lederle e perito do Comitê de Raiva da Organização Mundial de Saúde, pronunciou no dia 26 de Janeiro de 1951 sua anunciada conferência sobre problemas laboratoriais e de saúde publica da poliomielite, da qual apresentamos o resumo que se segue.

Iniciando sua conferência, o Dr. Koprowski lembrou as palavras de um cientista norte-americano que, revendo recentemente os nossos conhecimentos sobre a poliomielite afirmou que no estudo de nenhuma outra doença se havia até hoje despendido tanto dinheiro, com tão escassos resultados. Com efeito, faz 110 anos que a doença foi identificada e até agora bem pequena é, a seu respeito, a soma de conhecimentos científicos capazes de ser mobilizados não só no sentido da melhor compreensão da epidemiologia e da etiopatogenia do mal, mas também na orientação da profilaxia e da terapêutica. De 60 anos a esta parte a incidência da molestia, sob forma epidêmica, tem aumentado, cercado sempre de grandes dificuldades o seu estudo, assim como o seu combate. Uma dessas grandes dificuldades diz respeito ao diagnóstico pois as manifestações paralíticas são apenas um dos aspectos da infecção; muitos casos evoluem com sintomatologia não nervosa e variadíssima, sem falar nos casos de infecção em que a pessoa, portadora do vírus, não manifesta sinais apreciáveis de doença. Para cada caso em que o diagnóstico é feito, existe uma centena de outros que passam despercebidas. Complicando ainda mais a questão, descobriu-se recentemente um novo vírus, chamado de Cocksack, que se confunde com o da poliomielite e pode isolar-se de casos suspeitos dessa doença. Também a experimentação em

animais é inçada de dificuldades, sendo o chimpanzé (animal caríssimo e de difícil obtenção e manejo) o único animal em que se pode obter regularmente, e por via oral, infecção semelhante à humana.

Particularidade interessante é de, nos últimos 30 anos, ter a poliomielite, que antes era doença quase exclusivamente de crianças, passado a atacar com mais frequência pessoas de idade mais avançada, e especialmente adolescentes.

Observações feitas na Inglaterra e na Austrália revelaram que a aplicação de vacinas e toxóides (por exemplo, contra coqueluche e difteria) em época de epidemia pode precipitar o aparecimento dos sintomas nervosos e paralíticos da poliomielite, contribuindo para agravar o caráter da epidemia.

Quanto à difusão da doença, é pouco provável a hipótese de uma origem não humana do vírus. O papel das moscas, nas quais o vírus pode persistir até 15 dias, se encontra apoio em vários argumentos, por outro lado não se compadece com a existência, bem comprovada, de surtos epidêmicos na ausência desses insetos; deve ser posta de lado a possibilidade de ser a doença transmitida por outro inseto, e muito especialmente por insetos hematofagos. O uso de leite contaminado, se pode talvez explicar certas e determinadas epidemias, não permite explicar a generalidade delas. Quanto à água, deve-se lembrar que experiências de laboratório demonstraram a sobrevivência do vírus em água pluvial até por sete meses; mas as epidemias de poliomielite não apresentam o caráter explosivo tão típico das epidemias de origem hídrica.

O contacto de homem para homem ainda parece ser o mecanismo mais comum e provável do estabelecimento de epidemias de poliomielite e da manutenção dessa doença nas comunidades humanas.

Essa transmissão pode fazer-se tanto pelas fezes, onde o vírus é sempre abundante, em casos de infecção tanto patente quanto frusta, quando pelas secreções naso-faríngeanas. Importante notar que o vírus pode ser encontrado nesses materiais mesmo na ausência de infecção aparente, ou depois de ter sido ela superada.

A possibilidade da infecção intra-uterina é acenada sem prova todavia, diante de casos de doença registrados em crianças recém-nascidas.

Conhecem-se hoje três tipos imunológicos bem definidos do vírus da poliomielite, mas não é possível excluir a existência de fortes relações entre eles, relações essas que explicariam o fato de às vezes, a intensa imunização com uma das amostras fazer nascer, no indivíduo imunizado, anticorpos também contra amostra distinta.

A resistência natural do organismo à infecção pode em geral ser explicada pela presença do vírus sob forma assintomática, seja na naso-faringe seja no próprio sistema nervoso. Por outro lado, a ausência de anticorpos contra o vírus de poliomielite indica sensibilidade à doença. Comunidades há em que a percentagem de pessoas que revelam anticorpos no sangue é enorme, por exemplo,

80%; não se sabe ao certo se em tais casos se poderão considerar todos esses casos como de infecções inaparentes pelo vírus, ou se em parte poder ser eles considerados como reações não específicas. Há casos, todavia, de comunidades bem isoladas, em que a presença de anticorpos, exclusivamente encontrados em pessoas de idade mais avançada e na parte mais jovem da população pôde ser decididamente relacionada com surto epidêmico ocorrido há bastante tempo.

As velhas medidas de quarentena e isolamento bem pouco adiantam do ponto de vista profilático, pelos motivos já expostos. Tratamento específico ainda não existe, embora não haja motivo para descrever de seu encontro, diante do surto atual da quimio e da antibioticoterapia. Na opinião do conferencista, a grande arma da luta contra o poliomielite estaria na vacinação sistemática, feita com vírus adaptados e atenuados, e administrados por via oral a crianças. Mas isto não é ainda uma realidade prática: experiências de laboratório, feitas em macacos, permitem alimentar esperanças a tal respeito e, no momento, representam vigoroso estímulo a outras pesquisas nessa direção.

CONGRESSOS MÉDICOS

Associação Médica Mundial

Realizou-se em Washington, em outubro do ano passado, a quarta reunião da Associação Médica Mundial, com representantes de 29 das 30 nações que compõem a Associação. Uma parte do programa consistiu de visitas a hospitais e escolas médicas do país. Na parte científica, os congressistas tiveram oportunidade de assistir a quatro conferências sobre temas de maior atualidade, a cargo dos drs. Blalock ("Cirurgia Cardíaca"), Selye ("Síndrome de adaptação"),

Diamond ("Usos terapêuticos do sangue e seus derivados") e Ab-dresen ("Controle da úlcera péptica"). Dos temas que em plenário mereceram mais ampla discussão, figuram mais ampla discussão, figuram os relativos aos problemas do ensino médico, de graduação ou pós-graduação e os referentes aos esforços no sentido de conseguir uma nomenclatura padrão e farmacopéia internacional. O diretor da Organização Mundial de Saúde teve oportunidade de pro-

GADUSAN

O antitoxico da tuberculose

As micelas coloidais neutralizam as toxinas, o que explica a universalmente comprovada ação do Gadusan como desentoxicante da tuberculose. "Fadiga, inquietação, febre, taquicardia, baixa da pressão arterial, anorexia, incapacidade digestiva, perda de peso, anemia e leucocitose" (Pottenger) — tal é o quadro decorrente da tubérculo-taxemia e que desaparece com injeções endovenosas de 5 ou 10 cc. de Gadusan, três vezes por semana. Esta posologia é tolerada sem quaisquer reações, mesmo pelos nefríticos.



**INSTITUTO TERAPEUTICO
ORLANDO RANGEL**

RUA FERREIRA PONTES, 148 — RIO DE JANEIRO



por entendimento da Associação com a Organização que dirige.

Das resoluções adotadas, merecem especial menção: 1) a que condena a eutanásia; 2) a que defende a liberdade de pesquisa médica; 3) a que se propõe convocar os órgãos mais diretamente interessados para elaboração de plano de proteção e auxílio à ciência e à medicina, durante qualquer futura guerra; 4) a que condena veementemente as tentativas do "Bureau" Internacional de Medicina Militar e do Conselho Médico-Jurídico de Monaco, no sentido de estabelecer código moral para a profissão médica na guerra e na paz, assim como estabelecer um Conselho Médico Mundial.

Em relação ao último dos pontos acima ventilados, a Associação sa-

lienta que ela já adotou um código de ética, aceito por muitos países, e entende que não é possível tolerar que códigos desse tipo sejam baixados por autoridades militares, semimilitares, governamentais ou semigovernamentais. Não cabe a tais organizações ditar normas nem sobre a conduta médica em tempo de paz, nem sobre o tratamento de civis em tempo de guerra. Além do mais, julga a Associação Médica Mundial que o estabelecimento de um Conselho Médico Mundial seria desnecessário.

Foi eleito presidente da Associação o dr. Dag Knutson, presidente da Associação Médica Suécia. A próxima reunião da entidade será a 15 de setembro de 1951, em Estocolmo, Suécia.

IV Jornada Brasileira de Puericultura e Pediatria

Realizou-se, em Porto Alegre, de 6 a 11 de novembro de 1950, a 4.ª Jornada Brasileira de Puericultura e Pediatria sob o patrocínio do Governo do Estado e do Município, auspícios do Departamento Nacional da Criança da Sociedade Brasileira de Pediatria e da Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul e colaboração da Legião Brasileira de Assistência.

Foram as seguintes as conclusões dessa Jornada:

"CORDIOPATIAS REUMATICAS DA CRIANÇA"

Comissão de redação: Aldo Chaves, Rodolfo Kreutzer, Bolívar Delgado Correa e Décio Martins Costa — Considerada a importância médico-social do problema da Febre Reumática (F. R.) e a necessidade de que os governos prestem maior atenção na luta anti-reumática, a IV.ª Jornada Brasileira de Puericultura e Pediatria chega às seguintes conclusões:

1 — Enquanto esta doença não for bem conhecida pelos médicos, não é suficiente a notificação compulsória para determinar a sua incidência. Para melhor conhecimento desta enfermidade, é necessário que sejam criados planos de ensino uniformes nas cátedras de Pediatria, Patologia, Clínica Médica e Doenças Infecciosas.

2 — É aconselhável a adoção de uma ficha médico-social padrão em todos os centros que se ocupam da luta anti-reumática, como a que foi aprovada no II Congresso Sul-Americano de Pediatria, realizado em Buenos Aires em 1949. Para tal fim, o Departamento Nacional da Criança se incumbirá de tomar as providências necessárias.

3 — Ao Governo caberá determinar medidas para o levantamento cadastral da incidência da doença no Brasil, bem como das suas características clínicas, fundamentando-se na ficha acima aconselhada.

LABORATORIOS ANDRÔMACO

TÊM A SATISFAÇÃO DE APRESENTAR À DISTINTA CLASSE
MÉDICA DO PAÍS, A SUA NOVA SÉRIE DE PRODUTOS
ANTI-HISTAMÍNICOS



FÓRMULA:

Fumarato de metapirileno
Cloridrato de efedrina
Codeína
Cloro de amônio
Xarope de tolú

LASAIN

XAROPE

ADULTOS E INFANTIL

Antialérgico, Antiasmático
e Expectorante de perfeita
tolerância

INDICAÇÕES:

Bronquites agudas e crônicas.
Bronquites alérgicas e asmáticas.
Rinite, laringo-traqueites gripais.



FÓRMULA:

Fumarato de metapirileno
Cloridrato de efedrina
Cloro de amônio
Xarope de tolú

INSTILASA GOTAS NASAIS

Antialérgico de ação local — Descongestionante de efeito demorado — Antisséptico Nasal



FÓRMULA:

Fumarato de metapirileno
Cloridrato de d-desoxiefedrina
Cloridrato de p-aminobenzoil-dietilamino-etanol
Cloro de diisobutil-oxifenil-oxietil-etil-
dimetil-benzil-amônio

INDICAÇÕES:

Resfriados comuns. Rinites, sinusites e farin-
gites alérgicas e gripais.

ARNELA COMPRIMIDOS

Anti-Histaminico - Antigripal — Para combater o resfriado

FÓRMULA: Fumarato de metapirileno
Cloridrato de efedrina
Ácido acetilsalicílico
Fenacetina — Cafeína

INDICAÇÕES: Resfriados comuns.
Estados alérgicos.
Enxaqueca.



LASAIN **X A R O P E**

é um xarope medicamentoso expectorante que contém ingredientes selecionados e em doses apropriadas para torná-lo eficiente no tratamento sintomático de todos os casos em que houver tosse. É antialérgico, antisséptico e de extrema eficácia no tratamento das bronquites, traqueítes, laringites infecciosas ou alérgicas.

INSTILASA **GOTAS NAsAIS**

é antialérgico de ação local, antisséptico nasal e descongestionante de efeito demorado; combate a liberação da histamína e com isso corta o resfriado comum, contribuindo para abortar o estado gripal.

ARNELA **COMPRIMIDOS**

contendo um dos anti-histamínicos mais ativos e empregado de modo apropriado e extensamente, pode reduzir a incidência dos resfriados até quase a sua total eliminação. As reações secundárias comuns aos anti-histamínicos estão reduzidas ao mínimo em Arnela.



O FUMARATO DE METAPIRILENO (Fumarato de N, N-dimetil-N'-(2-piridil)-N'-(2-tenil) etilendiamina) é um anti-histamínico de síntese, moderno, eficaz, praticamente atóxico e com mínima tendência de produzir reações secundárias.

Literaturas e amostras à disposição dos Srs. Clínicos.



LABORATORIOS ANDRÔMACO
INDEPENDÊNCIA, 706
SÃO PAULO

4 — E' aconselhável a criação de equipes especializadas (médicos, visitadoras, enfermeiras) para tratar e vigiar as crianças com F. R. em suas residências.

5 — E' aconselhável a realização de reuniões periódicas dos técnicos especializados em F. R., da Argentina, Brasil, Chile e Uruguai em lugares distintos a-fim-de trocarem impressões e coordenar planos sobre a luta contra a doença.

Por último, sugere sejam estas conclusões remetidas aos Governos da Argentina, Brasil, Chile e Uruguai.

"PROBLEMAS MÉDICO-SOCIAIS DA RECUPERAÇÃO DO MENOR DELINQUENTE"

Comissão de redação: Carlos Prado, David Zimmerman e Tiago Würth. I — Recomenda-se, de acordo com sugestões de vários congressistas e de anteriores congressos nacionais e internacionais, seja sugerida aos meios assistenciais a substituição do termo pejorativo de "menores delinquentes" pelo de "menores transviados". Deverá, também, mudar-se a maneira de tratar estes menores, adotando-se uma atitude humana e compreensiva.

II — Para a recuperação do menor transviado, deve-se, sempre que possível, evitar internamento em "Reformatórios", deixando-o sob liberdade vigiada, no próprio lar, quando este ainda oferece condições materiais e psicológicas indispensáveis ao sucesso do tratamento conjunto. Na ausência de um lar, deve-se ainda preferir a colocação familiar, sob colocação, como meio mais seguro e econômico, para reincorporação do menor como elemento útil no seio da sociedade.

III — Em vez dos "Reformatórios" de menores, recomenda-se a criação de "Educandários" de caráter ora urbano-industrial, ora rural, dentro do princípio da "Casa Lar" concedendo assim, aos me-

nores recolhidos, a educação mais aproximada à vida de família.

IV — Uma clínica de conduta, sob a égide de um Instituto de Pesquisas de natureza médico-psico-pedagógico-social é que deve orientar tal tratamento, executado e fiscalizado por pessoal adequado.

V — Recomenda-se que, nos serviços de assistência a menores, todo o pessoal receba um preparo de especialização de acordo com a sua função, em face das particularidades do trabalho de conjunto a realizar.

VI — Recomenda-se que o menor transviado, uma vez internado aos cuidados do serviço social de menores, seja devidamente estudado pelo Centro de Pesquisas e que as conclusões deste estudo sejam normas ativas para o destino ulterior, como orientação aos Juizados de Menores.

VII — Diante da atitude anti-social de um menor, deve-se sempre, mais que falta cometida, ver preferentemente a personalidade do menor e dela cuidar-se.

VIII — Opina-se pela reforma na estrutura dos chamados "Abrigos de Menores", onde ainda existir a promiscuidade de idades e casos, ou a permanência por longo tempo.

IX — O patronato dos egressos representa a cúpula de toda a política reajustadora, tornando-se portanto urgente e inadiável a sua multiplicação.

X — A 4.a Jornada Brasileira de Puericultura e Pediatria, encaminhará a todos os poderes públicos competentes o apêlo veemente dos congressistas, no sentido de interditar, para o menor, a cadeia comum.

"NATI E NEO-MORTALIDADE"

Comissão de redação: Leandro Moura Costa, Jolindo Martins e Heitor Silveira. — Foram aprovadas as seguintes conclusões que, com pequenas alterações são as apresentadas pelo relator, prof. Martagão Gesteira:

1 — Para o conhecimento das causas médicas da nati e néo-mortalidade, é imprescindível a necrópsia sistemática, completada com o exame histológico de todos os órgãos. Ainda assim em alguns quadros não se chega a apurar com segurança a causa da morte.

2 — De acôrdo com as pesquisas procedidas no Instituto de Puericultura da Universidade do Brasil, a anoxia é a mais frequente causa da nati-mortalidade entre nós. Nos nati-mortos a incidência da anoxia é muito mais elevada, quase o dôbro, nos fetos a têrmo do que nos prematuros. Na néo-mortalidade a incidência é bem menor, mas ainda assim apreciável.

3 — Essa elevada cifra da anoxia como causa da nati-mortalidade, está a reclamar a atenção dos parteiros, de referência à atitude a adotar nos partos prolongados ou com sofrimento fetal.

4 — A pneumonia é entre nós a causa mais frequente da néo-mortalidade, com acentuado predomínio nos néo-mortos prematuros.

5 — Os vícios de conformação congênita representam entre nós um alto papel como causas de nati e néo-mortalidade, sobretudo da última, figurando com cifra mais alta do que a lesão obstétrica.

6 — O trauma obstétrico e a hemorragia intra-craniana figuram ainda entre nós em cifra muito alta como fatores de nati e néo-mortalidade, sobretudo da última.

7 — A sífilis comparece ainda em cifras extremamente altas na etiologia da nati e da néo-mortalidade, quando não praticado o tratamento específico pré-natal regular e intensivo.

8 — A cifra de lues congênita decresce entretanto para menos da metade nos nati-mortos e néo-mortos recebidos das maternidades, nas quais o tratamento pré-natal anti-luético é feito com regularidade.

9 — Os dados colhidos de referência à lues congênita nessas investigações, trazem um elemento a

mais a favor do valor da terapêutica pré-natal profilática.

10 — A eritroblastose figura como causa diminuta de nati e néo-mortalidade entre nós.

11 — O pneumotorax espontâneo pode ser causa de néo-mortalidade não tendo, porém, peso nas estatísticas.

12 — Nossos coeficientes e índices vitais afastam-se muito da realidade, não só pela deficiência do registro civil sinão também pela falta de precisão com que são empregados os têrmos nascido-vivo, nascido-morto e aborto.

13 — As declarações de nascido-morto devem conter, em negrito, em lugar bem visível, duas perguntas claras e incisivas, sobre a idade da gestação em semanas, e sobre a função respiratória.

14 — Todos os Serviços de Estatística Vital do País, visando a perfeita comparabilidade dos dados estatísticos, devem adotar as definições aconselhadas pelo Instituto Internacional da Estatística (1936).

15 — Todo trabalho, inquérito, tabela ou gráfico que contenha coeficientes de mortalidade deverá fazer referência não só à fórmula pela qual se obteve o coeficiente, mas também à definição adotada para o nati-morto.

16 — Tendo em vista a nova Nomenclatura de Causas de Mortalidade, em vigor de 1950 a 1959 que é constituída por 62 rubricas reunidas em 10 grupos, e tendo, como finalidade possibilitar ao médico um diagnóstico mais preciso toda declaração ou certificado de nascido-morto deverá contar 10 perguntas correspondentes àqueles grupos de rubricas.

17 — A miséria e a ignorância agindo sinérgicamente uma sobre a outra são as principais causas sociais da morti-natalidade, delas decorrendo todas as outras.

18 — Urge, que paralelamente à assistência direta à maternidade, se trace e se ponha em execução um corajoso plano de assistência social que, pondo fim aos mocambos e favelas, substituam-nos por

FUCOLENO

A base de subcarbonato de bismuto, caolim, peróxido de magnésio hidratado e metilatropina



Curativo

colites, apendicite e úlceras gastro-duodenais

Laboratório Gross-Rio

tipos de casa barata e higiênica, provida de água e esgoto, plano esse perfeitamente entrosado com um outro também gigantesco, que, proporcionando ao povo a educação em seu sentido mais lato, eleve o nível social de grande parte das populações urbana e rural, até colocá-las em condições de vida compatíveis com a dignidade humana.

19 — Impõe-se a multiplicação dos consultórios pré-natais, acessíveis, dotados de pessoal competente sob o ponto de vista clínico, obstétrico e social, que possa indicar e realizar todos os cuidados que o estado de gravidez exige, bem como de Maternidades instaladas de modo a assegurarem assistência doura ao parto.

CONCLUSÕES DO TEMA

"SIFILIS CONGENITA"

Comissão de redação: Clovis Corrêa da Costa, Berardo Nunan e Irineu Antunes. 1 — Conduta na fase pré-natal: a) as reações sorológicas e sinais clínicos convergentes no sentido da positividade, autorizam o tratamento anti-luético da gestante. É recomendável também o tratamento pré-concepcional.

b) No momento atual é recomendável a penicilinoterapia.

c) A gestante deve ficar sob controle sorológico e clínico; qualquer recidiva justifica novo tratamento.

d) A associação do bismuto à penicilina, parece-nos feliz — é estreme de perigos e eficaz.

2 — Diagnóstico, especialmente micro-reações:

a) O diagnóstico da sífilis congênita, maxime no primeiro trimestre de vida, não pode assentar apenas nas provas sorológicas.

b) A despeito do grande progresso na técnica sorológica, não se pode confiar, para fins diagnósticos, em uma prova isolada. Daí o valor apenas relativo das micro-reações em clínica da primeira infância, como testes de fácil exequibilidade, pois que não dispensam,

por ora, o concurso das provas clássicas. Não há negar, porém, a sua importância como meio auxiliar de diagnóstico e de controle do tratamento.

c) Para o censo sorológico da sífilis na infância, as micro-reações apresentam vantagens indiscutíveis. Seleccionados os casos positivos, serão eles confrontados com outros testes de reconhecido valor, além de submetidos a rigorosa investigação clínica.

3 — Tratamento:

a) Recomenda-se que o tratamento da sífilis congênita seja preferencialmente feito com penicilina, observando-se os preceitos de controle de cura.

b) Se essa terapêutica não puder ser controlada é preferível recorrer-se à associação da penicilina ao bismuto, ao arsênico ou a ambos.

c) Sendo impraticável a penicilinoterapia, aconselha-se tratamento pelos métodos clássicos de cura, simples ou combinada.

"TÉTANO NÉO-NATAL: ETIO-PATOGENIA E TRATAMENTO"

Comissão de redação: Alvaro Bahia, José Peroba e Berardo Nunan. 1 — Tendo em vista similaridade de "estados tetaniformes" dos recém-nascidos — tétano néo-natal, hemorragia intracraniana, tetania do recém-nascido, meningite séptica e encefalite —, devem os mesmos ser considerados, até esclarecimento diagnóstico, como "síndrome tetânica néo-natal";

2 — O discríme diagnóstico, no caso, não deve limitar-se ao exame clínico, mas abranger investigações de laboratório;

3 — Os resultados obtidos com a penicilina e o soro anti-tetânico no tratamento da síndrome referida, assim como a negatividade da pesquisa do clostrídio e positividade de germes de supuração, na ferida ou coto umbilical, em relação ao diagnóstico, não podem servir de base para um discríme;



Botropase

Pinheiros



AGORA DA ITALIA

Após experiências realizadas no Departamento de Clínica Médica da Universidade de Milão, em documento assinado por seu Diretor, um novo e significativo testemunho do valor hemostático da Botropase, medicamento baseado exclusivamente na ciência e na técnica brasileira, constituindo atestado que, por si só, consagra este produto:

“Dalla nostra esperienza complessiva deduciamo che il BOTROPASE è perfettamente tollerato a scervo di inconvenienti; esso ha un'elevata attività emostatica sia direttamente applicato sulle superfici sanguinanti, sia endovena, sia endomuscolo. Accelera la coagulazione prevalentemente per azione tromboplastinica; l'effetto utile dura circa 8 ore; l'iniezione può essere ripetuta con vantaggio dopo tale periodo. Praticando l'iniezione endovena per 3-4 giorni consecutivi, l'effetto favorevole si è ripetuto e non sono apparsi inconvenienti di sorta.”



DIRETTORE

Raffaello Breda

L'Assistente che ha eseguito le ricerche

R. Raffaello Breda
(Dott. Raffaello Breda)

4 — A dissidência que se estabeleceu em torno da etiologia do que se conhece como tétano neonatal não está ainda resolvida. Os trabalhos experimentais apresenta-

dos à 4.a Jordana, embora em curso, falam em favor da responsabilidade do clostrídio. Para solver a dissidência, recomenda-se a experimentação.

III Congresso Panamericano de Pediatria

Na reunião realizada a 3 de novembro de 1949, na cidade do México, pelo Conselho Diretor do Distrito IX, da Academia Americana de Pediatria, ficou resolvido que o III Congresso Panamericano de Pediatria se realizará na cidade de Montevideo (República Oriental do Uruguai) em fins de 1951, sendo designado para presidir-lo e organizá-lo, o dr. Conrado Pelfort, a quem se concedeu plena autorização para formar o Comité Organizador.

De acordo com esta autorização foram distribuídos os cargos da seguinte maneira: Presidente dr. Conrado Pelfort; Vice-presidentes drs. Julio A Bauza e Prof. Victor Escardo e Anaya; Secretários: Dra. Prof. Maria Luiza Salpun de Rodriguez, dr. prof. Alfredo U. Ramon Guerra e Dr. José Obes Poleri; Tesoureiro: Dr. Hector C. Bazzano; Vogais: drs. profs. Euclides Peluffo e Julio R. Marcos.

Este Comité Organizador decidiu, em primeiro lugar, que o Congresso se realizará do dia 5 a 8 de dezembro de 1951, imediatamente a continuação do III Congresso Sulamericano de Pediatria que terá lugar em Montevideo, de 2 a 4 de dezembro de 1951.

Abordou, logo o estudo dos temas, resolvendo aceitar os seguintes: 1. Febre reumática; 2. Enfermidades sanguíneas de tendência hemorrágica; 3. Tratamento cirúrgico de malformação congênita; 4. Enfermidades parasitárias de importância social na criança; 5. Ensino de Pediatria; 6. Neuroses da infância.

Durante o desenrolar desse Congresso se realizarão exposições científicas, de arte e industrial.

Qualquer informação pode ser solicitada à Secretaria do Congresso, Av. 18 de Julio 1246, Montevideo (Uruguai).

Congresso Internacional de Psiquiatria

Problemas atuais da psiquiatria

— O Congresso Internacional de Psiquiatria reuniu-se em Paris entre 18 e 27 de setembro de 1950, com a presença de quase 2000 representantes de 46 países. Durante 8 dias foram efetuadas 75 reuniões (seções plenárias, debates — sinopses) sobre todos os problemas atuais da psiquiatria. Os Anais do Congresso serão publicados em 8 volumes que deverão ser impressos no corrente ano. Nas reuniões de 39 sociedades de Psiquiatria dos 26 países que atualmente constituem a base legal dos Congressos de Psiquiatria do Mundo, ficou de-

cidida a convocação periódica de Congressos para os quais seriam convidadas todas as nações. Esses congressos reunir-se-ão de 5 em 5 anos. Foi aprovado por unanimidade que o Congresso de Psiquiatria de 1950 receberia o título de: 1.º Congresso Mundial de Psiquiatria". Naquele conclave foi eleita uma comissão internacional para escolher a data e local do próximo Congresso e redigir os estatutos da nova organização em conexão com a UNESCO. Essa comissão ficou constituída dos seguintes membros: J. Deley (França), Henri Ey (França), B. Jacobowski (Sue-

cia), D. Julius (Iugoslavia), W. Maclay (Grã-Bretanha), M. de Medeiros (Brasil), W. Overnolser (E. U. A.), J. R. Rees (Holanda), P. Sivadon (França), K. Soddy (Grã-Bretanha), P. Turquet (Grã-Bretanha), J. Wyrsh (Suíça). En-

quanto a comissão organizadora do próximo Congresso não for eleita, qualquer correspondência deve ser endereçada para o gabinete do secretário do Congresso Mundial de Psiquiatria I, rua Cananis, Paris.

LITERATURA MÉDICA

Separata e folhetos recebidos

Higiene Alimentar — Dr. Francisco A. Cardoso — Separata dos Arquivos da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Vol. 2, n.º 1 (jun.) 1948.

Agranulocitosis tiouracilica — Jorge Gasch — Publicado em Medicina Clínica, ano V, tomo VIII, n.º 5, 307-314 (maio) 1947.

Los periodos no leucémicos de las leucosis agudas en la infancia — Drs. Jorge Guasch y Antonio Raichs — Separata de Gaceta Médica Portuguesa, Vol. III, n.º 3 terceiro trimestre de 1950.

Câncer Doble de intestino Grueso — Dr. Abel N. Canónico — Publicado en La Prensa Médica Argentina, Vol. XXXVI — 5 de agosto de 1949 — n.º 31.

Historia de la cirugía de cáncer gastrointestinal curso de clínica cancerologica del aparato gastrointestinal — Dr. Abel N. Canónico — Publicado en La Prensa Médica Argentina, n.º 27, 7 de julio de 1950.

Câncer rectosigmoideo y de la porción distal del sigmoideo. Resección q enteroanastomosis primaria — Dr. Abel N. Canónico — Publicado en La Prensa Médica Argentina, Vol. XXXIV, n.º 49 — 5 de diciembre de 1947.

Megasigma — Abel N. Canónico y Federico R. Pilheu — Publicado en La Prensa Médica Argentina, Vol. XXXV, n.º 12 — 19 de marzo de 1948.

Cancer do Colon — Tumores múltiples — Diagnóstico diferencial — Tratamiento — Dr. Abel N. Canónico — La Prensa Médica Argentina, Vol. XXXVI, n.º 12 — 25 de marzo de 1949.

Cancer do Colon — Sintomatologia y Diagnóstico — Dr. Abel N. Canónico, La Prensa Médica Argentina, Vol. XXXVI, n.º 11 — 18 de marzo de 1949.

Resección y enteroanastomosis en la cirugía del cáncer do colon izquierdo — Dr. Abel N. Canónico, La Prensa Médica Argentina, Vol. XXXV, n.º 49, 3 de diciembre de 1948.

Nuevas orientaciones de la salubridad — Teoría de las unidades Sanitarias — El personal sanitario — Organización y funcionamiento de las unidades sanitarias Dr. Hernán San Martín Ferrari — Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social — La Plata, setembro de 1949.

Diagnosis and Treatment of Celiac Disease — Sidney V. Haas and Merrill P. Haas — Postgraduate Medicine — april 1950 (Vol. 7, n.º 4).

Cancer de colon (estudio anatomico-clinico en cincuenta casos tratados quirurgicamente) — Dr. Abel Canónico — Anales de Cirurgia, Vol. 8, n.º 5 (março de 1949).

Microphthalmos and anophthalmos with or without coincident Oligophrenia — By. Torsten Sjogren



Solução a 45,30% de 149 RB — derivado hidrossolúvel e não alcalino da Thiazamida — a SOLUTHIAZAMIDA CIRÚRGICA conserva integral a atividade terapêutica de sua base, é perfeitamente tolerada pelos tecidos e pelo organismo e permite tratamentos de ataque intensivos e rápidos

**TRATAMENTO PREVENTIVO E CURATIVO
DE INFECÇÕES DA CAVIDADE ABDOMI-
NAL, PARTICULARMENTE A PERITONITE**

**INTERVENÇÕES CIRÚRGICAS NOS OSSOS
E ARTICULAÇÕES**

CIRURGIA DA CAVIDADE TORÁCICA

ALTA CONCENTRAÇÃO — pH IDEAL

CAIXAS DE 1 E DE 25 AMPOLAS DE 25 cm³
CADA AMPOLA CONTÉM 5 g DE THIAZAMIDA-BASE



SOLUTHIAZAMIDA
CIRÚRGICA

★ CORRESPONDÊNCIA: RHODIA — CAIXA POSTAL 95-B — SÃO PAULO ★

and Tage Larsson — Acta Psychiatrica et neurologica, suplemento 56 — 1949.

Acidentes Ofídicos e sua Terapêutica — Dr. Anibal A. Pereira — Separata dos Anais do Instituto Pinheiros — Vol. XII, n.º 23 — janeiro 1949.

Contribution a l'étude des maladies hémolytiques congénitales (facteur Rh en espagne), J. Guasch — Extrait du Sang, tome XXI, n.º 2, 1950, 172-175.

Aspectos Hematológicos del VI Congreso Internacional de Pediatría — J. Guasch — Actas científicas del Instituto Policlinico. Barcelona — Vol. IV n.ºs 5, 6, 7, mayo á julio de 1950.

Problemas da Classe Médica — Dr. Cristiano Machado.

Consideraciones clinicas, radiológicas e histológicas sobre osteodistrofia poliostótica familiar — Drs. Manuel Riveros, Quirno Cotas Thompson y Juan Boggino. Aparato de la Revista Ortopedia y Traumatología, Fascículo I, julio de 1950, Año XX — n.º 77.

I Papillomi del bacinetto e dell'uretere — Prof. Giovanni Bravetta, Estratto dall'Archivio Italiano di Urologia. Vol. XXII — Fasc. I — 1947.

Due anni e mezzo di esperienza nella terapia del cancro del utero con estrogeni — Dr. Prof. Giovanni Bravetta — Comunicazione al XXº Congresso della Società Italiana di Urologia — Roma — ottobre 1947. Vol. XX — 1947.

Cultura di Bacilli di Koch su vetrini dai sedimenti urinari — Dr. Giovanni Bravetta — Estratto degli Atti della Società Lombarda di Scienze Medico-Biologiche — Vol. II, n.º 11 (1947).

Il Drenaggio temporaneo delle cavità renali dopo interventi conservatori, Estratto dell'Archivio Italiano di Urologia. Vol. XXI Fasc. VI. — 1946.

Subsidio para o Estudo Clínico e Estatístico da Sífilis Congênita Precoce — Drs. Augusto Gomes de Mattos, Durval Rosa Borges, Fábio Barreto Matheus, Felix de Moraes Sarmento, João de Oliveira Faria, Maria Aparecida Sampaio Zacchi Oswaldo Benedito Verroni, Paulo Gorga, Rafael Paciornick e Vandick de Freitas. Sociedade de Medicina Social e do Trabalho — Prêmio Aristides Cabrera 1948.

La penicillina per uso locale nei processi infettivi acuti circoscritti (con particolare riguardo al comportamento della flora batterica) — Estratto da Acta Chirurgica Patavina — Vol. V, Fasc. V, 1949.

L'Azione cicatrizzante dei globuli rossi umani essicati — Dott. Giuseppe Marinaccio — Istituto di patologia speciale chirurgica e propedeutica clinica dell'università di Bari.

L'influenza dell'acido nicotinico e del propionato di testerone, sulla evoluzione del calo nelle fratture sperimentali. Dott. Giuseppe Marinaccio. Istituto di patologia speciale chirurgica e propedeutica clinica dell'università di Bari.

Contributo Sperimentale ad un nuovo metodo di emostasi patenchimatosi — Dott. Giuseppe Marinaccio — Istituto di patologia speciale chirurgica e propedeutica clinica dell'università di Bari.

Resultados do emprêgo do cloridrato de dietilaminoetil-tioidi fenilamina (2.987 R. P. ou Diparkol) no tratamento de síndromes parkinsonianas — Dr. Roberto Melagagno Filho — Separata da Revista Paulista de Medicina, Vol. 37 — n.º 1, julho, 1950. 48 á 52.

Traumatismos de Bazo — (Experiencia de la Asistencia Pública de Santiago en los últimos 20 años) — Drs. Leonidas Aguirre Mac-Kay y Humberto Correa Castillo. Apartado de Archivos de la Sociedad de Cirujanos de Chile, año (Vol.) II, numero 1 marzo de 1950, pag. 5-15.

NA HIPERTENSÃO ARTERIAL

E SUAS
MANIFESTAÇÕES



RUTINASE

INJETÁVEL e COMPRIMIDOS

LABORATÓRIO PELOSI S. A.

PRODUTORES DE MEDICAMENTOS ÉTICOS DE EXCLUSIVA DIVULGAÇÃO MÉDICA

RUA CESARIO MOTA, 296-312 - FONES 4-7733 e 2-4117 - CAIXA POSTAL, 4798 - S. PAULO

RUTINASE

Marca Registrada

O importantíssimo valor terapêutico da **Carbaminocolina** foi ressaltado especialmente como o mais eficaz agente hipotensor conhecido.

Sua poderosa ação sobre o organismo humano, relatada e comprovada por observações de autores absolutamente idôneos, descrita em publicações científicas, representam uma diminuta parte dos muitos ensaios realizados na Alemanha em período um pouco anterior à última guerra.

M. Kreitman, M. Nölz e W. Veltan, demonstraram que a ação da Carbaminocolina supera grandemente a da azetilcolina, tida até então como o mais eficiente derivado da colina, utilizada de preferência contra os mais variados estados patológicos, capitulados sob a denominação sintomática de hipertensão.

Age sobre a pressão sanguínea, peristaltismo e secreções das glândulas do trato gastro-intestinal. Aumenta as contrações do útero gravídico e a secreção salivar.

Gowaertx, Van Doren e Pansini, verificaram que baixa a pressão arterial, com a devida reserva para os casos em que existe alteração orgânica dos vasos capilares (v. valor terapêutico da Rutinase).

Eberhard Schultze e apologistas sistemáticos da Carbaminocolina no combate da retenção urinária, observada após os partos e nas pacientes submetidas a intervenções ginecológicas.

G. Shupperich confirma os bons resultados na quase totalidade dos casos supra mencionados.

Quanto à Rutina, Griffith, Lindauer, Couch e Shanno, demonstraram sua eficiência na fragilidade capilar, muito valiosa para prevenir seus graves acidentes.

As investigações realizadas por estes autores são numerosas e notórias e os efeitos benéficos obtidos, foram amplamente divulgados em publicações científicas, dando origem ao crescente emprego da medicação.

A Rutina não é acumulada no organismo e restabelece à normalidade a fragilidade capilar aumentada, sanando esta grave alteração orgânica.

Está provada a sua eficácia na hemorragia retiniana, que, como se sabe, é agravada pelo diabetes melitus e molestias da hipófise.

VALOR TERAPÊUTICO DA RUTINASE

Quando os vasos capilares perderam a capacidade de se contraírem, o que representa uma grave alteração orgânica nos mesmos, a eficiência da Carbaminocolina poderá ser incerta, mas com a recente descoberta da ação terapêutica da Rutina, que permite restabelecer a sua necessária elasticidade (em 85% dos casos, foi conseguida restaurar a fragilidade capilar à normal), a associação das duas medicações é logicamente indispensável, visando uma finalidade terapêutica completa, o que representa um tratamento clínico simples para um estado patológico grave e muito frequente, que se manifesta pela alta pressão arterial acompanhada de fragilidade capilar anormal.

Griffith, Lindauer e Shanno, em uma estatística de 1.600 casos de hipertensão, notaram em 300 pacientes aumento da mencionada fragilidade capilar.

A enorme e persistente eficácia da Carbaminocolina é resultante de sua inalterabilidade relativamente grande no organismo (apenas ligeiramente atacada pelo suco gástrico). Esta propriedade justifica sua ação hipotensiva, mesmo administrada por via bucal (Dastrebrante e Marchetti).

Quando houver necessidade de efeito hipotensivo mais intenso, será mais indicada a forma injetável ("RUTINASE Injetável"). A falta de pronta ação indicará alteração orgânica dos capilares; neste caso, deverá ser ministrada maior quantidade de Rutina, recorrendo também à via oral, utilizando em conjunto a **Rutinase Injetável** e a **Rutinase comprimidos**, podendo em casos menos graves substituir esta última pelos simples comprimidos de Rutina (Comprimidos de Rutina "Pelosi").

A fim de assegurar maior eficiência e rapidez no tratamento pela Rutina, a administração do medicamento deve ser contínua e prolongada, ministrando também, ao mesmo tempo, adequadas doses de vitamina C, ou às vezes, mesmo ainda, Vitamina K.

RUTINASE Injetável

Dosagem por ampola :

Cloreto de Carbaminocolina puríssimo.....	0.00225
Rutina purif.	0.0040
Carbonato eq. de sódio	q. b.
Soluto fisiológico isotônico q. b.....	2 cm³

Composição racional e original do Químico-Farmacêutico J. Pelosi, baseada em recentes estudos alemães e norte-americanos.

Acondicionamento :

Caixas de 10 e 100 ampolas.

Propriedades terapêuticas :

Hipotensor. - Anti-espasmodico arterial. - Excitante do para-simpático. - Depressor do simpático. - Ação antagonista da adrenalina.

Indicações :

Hipertensão arterial e suas manifestações (pela ação hipotensora da Carbaminocolina), mesmo nos casos em que os vasos capilares tenham perdido parte de sua capacidade de se contraírem (pela ação, embora lenta, da Rutina).

Atonia dos aparelhos digestivo e urinário, principalmente da retenção urinária após as operações cirúrgicas e partos.

Dores de cabeça provocadas por espasmos vasculares.

Preventivo e tratamento dos acidentes vasculares, resultantes da alta pressão sanguínea, com ou sem fragilidade capilar.

Contra-indicações :

Constituem contra-indicações os pacientes portadores de miocárdio avançado, de cardiopatia fortemente descompensada e naqueles casos em que se deve evitar uma queda brusca da pressão arterial.

Precauções especiais devem ser tomadas quando se tiver que empregar o medicamento em pacientes digitalizados, asmáticos, sujeitos à choque, ou portadores de úlcera péptica avançada e angina pectoris.

Em qualquer tempo, a ação do medicamento pode ser suprimida mediante o emprego de uma injeção de atropina.

Dose :

Metade ou toda o conteúdo de uma ampola (1 a 2 cm³) em injeções subcutâneas ou intramusculares; uma até três vezes ao dia, a critério do clínico.

As injeções são indolores e devem ser aplicadas longe das refeições.

Não deve ser utilizada a via endovenosa

RUTINASE Comprimidos

Dosagem por comprimido :

Cloreto de Carbaminocolina puris.	0.002
Rutina purif.	0.020
Excipiente	q. b. p. 0.200

Composição racional e original do Químico-Farmacêutico J. Pelosi, baseada em recentes estudos alemães e norte-americanos.

Acondicionamento :

Vidros de 50 comprimidos.

Propriedades terapêuticas :

Hipotensor. - Anti-espasmodico arterial. - Excitante do para-simpático. - Depressor do simpático. - Preventivo e curativo das hemorragias cerebrais e retinianas.

Indicações :

Hipertensão arterial, mesmo nos casos com alteração orgânica vascular.

Acidentes vasculares da hipertensão. Atonia dos aparelhos digestivo e urinário. Dores de cabeça provocadas por espasmos vasculares. Fragilidade capilar e suas consequências (hemorragias diversas, opóptiza senil).

Contra-indicações :

As mesmas do forma Injetável

Dose :

Meio a dois comprimidos, ingeridos com um pouco de água; até 3 vezes ao dia, a critério do clínico.

Technique of cataract operation with the oral-suction cupping apparatus — Dr. Pedro Falcão — Separata do American Journal of Ophthalmology, Vol. 30, n.º 11, novembro, 1947.

Gastritis gigante hipertrofica y carcinoma gástrico — Drs. Elmo R. Ponsdomenech e Alberto Iglesias Nuñez — Separata dos Archivos del Hospital Universitario, Vol. II — Enero-Febrero, n.º 1, 1950.

Estatística Médico-Sanitária de 1946 — Ariosto Pacheco de Assis — Separata do Boletim Estatístico, Ano VII, n.º 28, 1950.

A Merilergonovina na Dequidura — Drs. Waldyr Tostes, José Pereira Nunes e A. Lobo Sobral — Separata do Boletim do Centro de Estudos do Hospital dos Servidores do Estado, Vol. 2, n.º 1, janeiro de 1950.

Asthme et tuberculose — Etude clinique, pathogénique — Dr. André Jacquelin — Les Monographies, n.º 6, mars-avril de 1950.

Relief of Pain by Section of the Spinothalamic Tract at the Level of the Ovary Nucleus, Drs. Roland Klemme, M. S., F. A. C. S., F. I. C. S. Sta. Louiz, Mo. Separata de The Journal of the International College of Surgeons, setembro e outubro, vol. XII, n.º 5.

Relatório do ano de 1949 — Apresentado á Congregação pelo Dr. Euripedes Garcez do Nascimento — Faculdade de Medicina da Universidade do Paraná, 17 de janeiro de 1950.

Heridas de las visceras sólidas del abdomen — Dr. Abel N. Canónico — De El Día Médico, año XVIII — n.º 23, 1946.

Icterícia y Cirurgia — Dr. Abel N. Canónico — De El Día Médico, año XIX, n.º 68 — 1947.

Contribuição ao estudo da indicação do abortamento terapêutico na rubéola — prof. Alvaro Gui-

marães Filho e Dr. Francisco Ceruti — Do n.º 5, Vol. 29 dos Anais Brasileiros de Ginecologia, maio de 1950.

Novo método de enucleação permitindo perfeita movimentação da prótose — Dr. Moacyr E. Alvaro. Separata da Revista de Medicina e Cirurgia de S. Paulo, Vol. X, n.º 1, 1950.

Cáncer Gástrico y del Intestino Delgado — Dr. Abel. Canónico — De El Día Médico, año XXI, nos 5-6 y 15, 1949.

O fator idade na indicação da Amigdalectomia — Dr. Pedro Falcão — Separata da Revista Brasileira de Oto-Rino-Laringologia, nos 1-2 — Vol. XVIII, 1950.

Palestras de higiene na rádio Tupi (Educação Física) — Dr. Silvino Gasparini — 1942, 4.a série.

Resultados da vacinação BCG em ambiente contagiante — Drs. B. Pedral Sampaio, A. Nogueira Martins e Agenor C. Stein — publicado en actas y trabajos del 2.º Congreso Argentino de Tisiología (Córdoba Argentina, 28-30 noviembre 1949).

Vacinação Concorrente com BCG método de Arlindo de Assis, Drs. A. Nogueira Martins, B. Pedral Sampaio y Agenor S. Steins, publicado en actas y trabajos del 2.º Congreso Argentino de Tisiología (Córdoba, Argentina, 28-30 noviembre de 1949).

Que es el alastrim? — Prof. Dr. Herminio Luiz Zatti — Biblioteca de Divulgación Científica — fascículo I, año de 1950.

Malária — seu transmissor e tratamento — Capitulo I — Dr. Ch. W. F. Winckel — Os parasitos da malária humana, com descrição da técnica do exame de sangue (com ilustrações). Capitulo II Prof. Dr. P. H. van Thiel — Os principais anofelinos do mundo.

Capítulo III — Dr. Ch. W. F. Winkel — O tratamento da malária com quinina.

A doença trombo-embólica, seu desenvolvimento, diagnóstico e tratamento — Drs. Gunnar Bauner — Reimpresso da Revista de Medicina e Cirurgia de S. Paulo. — Vol. VIII, n.º 5. 1948.

La propagación esofágica del cancer gástrico — Drs. Abel N. Canónico e Osvaldo Eguía — La

Prensa Médica Argentina — Vol. XXXVII, n.º 21, maio de 1950.

Peritoneal recessus and foramen formations and associated intra-abdominal herniae and strangulations — Drs. Hannes Sauramo e Juha Tapiovaara — Annales Chirurgiae et Gynecologiae Fenniae, Vol. 39 supl. 2 1950.

A Study of the bursa infracardiac — Dr. S. J. Viikari, oVI. 39 supl. 3, 1950.

Livros recebidos

Cenizos y reseoldos — Roberto Velasco Lombardini, Impressora Uruguya, Montevideo, 1950.

Livro de médico — um grande cardiologista consagrado pela excelência de 5 volumes publicados sobre a especialidade — não é este um livro exclusivamente sobre Medicina, mas encerra as explosões de uma alma experiente, que conhece a vida através do sofrimento indefinido dos seus cardiacos e que, por isso mesmo, dedica toda a terceira parte deste livro a "temas de cardiologia social", em que estuda problemas de grande atualidade e traça o perfil de homens que servem de exemplo nesta luta pelo bem estar dos que sofrem. As duas partes anteriores do livro são dedicadas a "evocações" — em que recorda passagens de sua vida médica, reverenciando a memória de Miguel Couto — e "notas do caminho" — em que emprega 12 capítulos para edificantes recordações de sua vida e exteriorizações de seu espírito bem formado. O livro termina com uma quarta parte destinada a divulgar a excelência dos conceitos cotórios através de sua agradável e clara maneira de dizer.

Além do texto atraente pela própria essência, o livro também atrai pela apresentação material e pela originalidade e propriedade das ilustrações fotográficas do autor. Como é delicioso e reconfortante ter um livro como este!

Rehabilitation following amputation — edição do Ministério das Pensões, Londres, sem data.

Num folheto de 24 páginas, com 49 ilustrações, o Ministério das Pensões da Inglaterra apresenta exemplos de recuperação das funções depois de amputações determinadas por ferimentos de guerra, inclusive os de bombardeio na população civil. É um estímulo para os que foram vítimas da luta armada e um guia para muitos desajustados. O exemplar que recebemos foi oferta do Conselho Britânico, do Rio de Janeiro.

Te use of pedicle flaps of skin in plastic surgery of the head and neck — Gordon New e John Erich, Charles C. Thomas (301-327 East Lawrence Avenue), Springfield, 1950.

Esta monografia da série "American Lectures in Surgery" versa sobre assunto de grande atualidade, agora que a cirurgia plástica vem tomando grande desenvolvimento entre nós. Tratando de um processo especializado de grande aplicabilidade o presente volume é de utilidade para o especialista, pois contém o resultado da experiência e a orientação de dois conceituados professores da Universidade de Minnesota, filiados à Clínica Mayo, de Rochester. O volume tem mais de 100 páginas, com 76 ilustrações originais e é vendido pelo preço de \$3.00 dolares.

La lèpre — R. Chaussinand, L'Expansion Scientifique Française, Paris, 1950.

Num volume de mais de 200 páginas, com 75 ilustrações em magnífica apresentação, o conhecido especialista francês, que ainda recentemente esteve entre nós, resume os mais modernos conhecimentos sobre a lepra. Os trabalhos brasileiros mereceram citação e a classificação proposta na Conferência do Cairo pelos nossos leprologos foi apreciada e adotada pelo A. Trata-se de um moderno manual de utilidade na orientação do clínico geral, que, não sendo especialista, às vezes tem dificuldade em reconhecer um caso de mal de Hansen.

Estudio radiológico del intestino delgado — C. Marina Fiol, Editorial Paz Montalvo (Antonio Maura, 13), Madrid, 1949.

A patologia do intestino delgado tem despertado, ultimamente, grande interesse por parte dos estudiosos. Ainda não faz um ano, o Congresso de Gastroenterologia reunido nesta capital e no Rio dedicou todos os seus relatórios oficiais aos vários aspectos das moléstias que atingem o delgado com exclusão do cancer. O livro que acabamos de receber focaliza o estudo radiológico do intestino delgado, levando aos clínicos a orientação da acatada escola gastroenterológica de Jiménez Dias. O livro traz um prefácio do consagrado mestre e compreende 45 capítulos, em que o A. estuda o assunto nos seus aspectos gerais e nos aspectos particulares de cada moléstia. Uma rica documentação, que ultrapassa de 500 figuras ilustrativas, na sua maioria radiografias originais, tornam facilmente compreensíveis os conceitos expostos no texto. O livro tem mais de 400 páginas e custa 190 pesetas.

Occupational factors in the aetiology of gastric and duodenal ulcer — Richard Doll, Avery Jones e M. Buckatsch, H. M. Stationery Office (429, Oxford Street), Londres, 1951.

O Medical Research Council, mantido pelo governo britânico, vem de lançar mais uma valiosa monografia, agora encarando o intrincado problema da etiologia das úlceras do estômago e do duodeno, do ponto de vista das atividades profissionais do portador. Concluem os autores que a úlcera duodenal sobrevém em indivíduos que exercem cargos de responsabilidade ou que trabalham em estado de ansiedade, enquanto que a úlcera gástrica é mais frequente nas classes mais pobres e raro aparece antes dos 35 anos. Não encontraram razão para crer que os portadores de veículos são mais predispostos, mas acentuam a raridade nos que trabalham em mistérios agrícolas. O livro tem perto de 100 páginas e custa 2 c. 6 d. apenas.

La malattia post-operatoria — Cesare Scarlozzi, Edição de Minerva Medica, Turim, 1949.

Num volume de cerca de 450 páginas vendido ao preço de 2.000 liras, a Minerva Medica apresentou mais um excelente trabalho do Instituto de Patologia Cirúrgica da Universidade de Turim. A luz dos recentes progressos da fisiopatologia e da clínica biológica, o A. apresenta a solução para os distúrbios do trauma operatorio, encarando-o nas várias condições orgânicas em que ele é determinado. Dispondo de abundante material no Serviço de Luigi Stropeni e dedicando-se ao assunto durante muitos anos, fez o A. obra sumamente útil, pois que é fruto da observação e da experiência. Trata-se, pois, de um livro prático, digno de figurar em todo hospital de cirurgia.

PHILERGON - Fortifica de fato

Dr. J. M. CABELLO CAMPOS

Médico radiologista

Radiodiagnóstico e Radioterapia

RUA MARCONI, 94 - 2.º andar

Telefone, 4-0655

(EDIFÍCIO PASTEUR)

Residência:

Rua Tupi, 593

Telefone, 51-4941



Sanatório São Lucas

Diretor: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Rua Pirapitinguí, 114 - Telefones 33-4198 e 33-4199 - S. Paulo

Laboratórios Novotherápica S.A.
SEÇÃO ORTOPÉDICA



APARELHOS E CALÇADOS ORTOPÉDICOS
APARELHAGEM TRAUMATOLÓGICA E DE FISIOTERAPIA

Oficinas aptas a executar quaisquer pedidos do ramo.

Máquinas importadas diretamente da Europa.

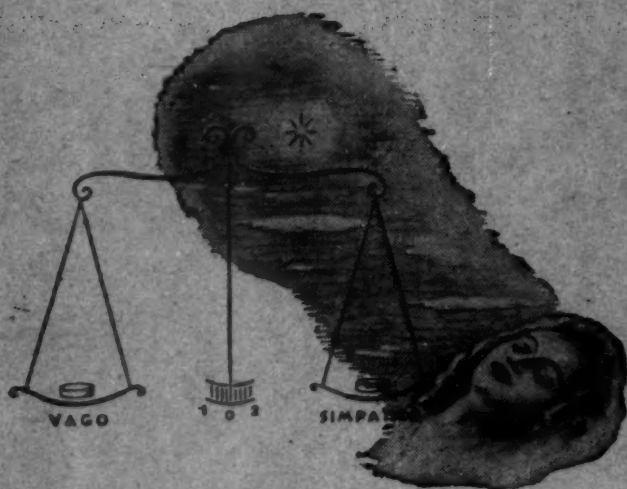
Técnicos especializados nas oficinas do Instituto Ortopédico Rizzoli.

AV. BRIG. LUIZ ANTONIO, 324 - SÃO PAULO - FONE, 33-2833 - CX. POSTAL, 384

DISTONEX



para o



Equilíbrio vago-simpático



LABORATÓRIO SINTÉTICO LTDA.

Rua Tamandaré, 376 - Telefone, 36-4572 - São Paulo